



Carlos Miguens **Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

ORIENTADOR

Professora Doutora Rita Fernandes

Dezembro de 2018

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em
Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica da Professora Doutora
Rita Fernandes e coorientação do Professor Diogo Pires

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

(Carlos Miguel Cristóvão Miguens)

Setúbal, ____ de _____ de _____

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

(Professora Doutora Rita Fernandes)

Setúbal, ____ de _____ de _____

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo representa uma concretização a nível pessoal e profissional, que não seria possível sem a ajuda e colaboração de algumas pessoas, pelo que gostaria de expressar o meu agradecimento a todos os que, direta e indiretamente, contribuíram para o sucesso do mesmo.

À Professora Rita Fernandes, por toda a compreensão e orientação neste projeto. Pela sua disponibilidade, partilha de conhecimentos, rigor científico e motivação, que em muito contribuiu para a concretização do deste projeto.

Ao Professor Diogo Pires, pela sua co-orientação neste trabalho. Pela sua presença, disponibilidade e colaboração ao longo de todas as etapas da realização deste trabalho.

Aos meus Pais, por todo o apoio e motivação ao longo deste percurso, e por todo aquilo que não consigo descrever nestas linhas, tornando possível a concretização de mais um objetivo.

À Inês, pela compreensão, carinho, ajuda, e partilha de conhecimentos. Por ter facilitado tanto o caminho até aqui.

Aos meus colegas de Mestrado pela ajuda, colaboração e partilha de conhecimentos. Um especial agradecimento aos colegas João Neto, Alexandre Estaca, Tânia Leiria, Luís Pimenta e Paulo Félix.

A todos, um Agradecimento Sincero!

RESUMO

Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar Crônica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

Carlos Miguens, Diogo Pires, Rita Fernandes

Introdução: Nas últimas duas décadas a literatura tem apontado para a potencial influência dos mecanismos de produção de dor subjacentes à dor lombar crônica (DLC), nas respostas à intervenção multimodal de fisioterapia. Com base nestes mecanismos parece existir alguma evidência que sugere a existência de diferenças nas características clínicas pré-intervenção entre indivíduos com diferentes tipos de dor. Além disso, evidência preliminar também sugere que diferentes tipos de dor, parecem responder clinicamente de forma diferente à intervenção multimodal de fisioterapia. **Objetivo:** Investigar se os diferentes mecanismos de produção de dor, subjacentes à DLC, permitem antever respostas de intervenção mais ou menos favoráveis, ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte prospetivo com 40 participantes a iniciar tratamento de Fisioterapia, avaliados antes da intervenção (*baseline*), após 4 semanas, após 8 semanas ou à data de alta por melhoria clínica se anterior a este período e 3 meses após o início da intervenção. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, o questionário *PainDetect*, a Escola Numérica da Dor (END), a *Quebec Back Pain Disability Scale – Versão Portuguesa* (QBPDs-PT) e a *Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa* (GBRS-PT). Foi realizada uma análise a dois níveis: avaliação das diferenças inter-grupos, em cada momento de avaliação, e uma análise intra-grupo, ao longo dos diferentes momentos de avaliação, nos *outcomes* considerados. **Resultados:** Dos 40 participantes avaliados na *baseline*, 39 completaram o período de intervenção, e 31 o *follow-up* 3 meses após o início da intervenção. Na análise da *baseline*, apesar dos participantes com dor de predomínio neuropático reportarem níveis superiores de intensidade da dor (7.00 ± 0.89) e incapacidade funcional (49.33 ± 13.69) em relação aos indivíduos com dor de predomínio nociceptivo (6.38 ± 1.79 e 39.81 ± 18.45 , respetivamente) e dor de padrão misto (6.00 ± 0.93 e 32.88 ± 12.77 , respetivamente), as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Na resposta à intervenção da fisioterapia, também não foram encontradas diferenças entre os diferentes subgrupos ($p > 0.05$). Os participantes parecem responder favoravelmente ao longo do tempo, diminuindo os níveis de intensidade da dor e incapacidade funcional, independentemente do mecanismo de dor predominante ($p < 0.05$). **Conclusão:** Os resultados parecem sugerir que subgrupos de indivíduos com diferentes mecanismos de produção de dor, não diferem entre si nas respostas à intervenção de fisioterapia multimodal, verificando-se que independentemente dos mecanismos de dor predominantes, os indivíduos parecem evoluir de forma favorável ao longo da intervenção

PALAVRAS-CHAVE: Dor Lombar Crônica; Mecanismos de Produção de Dor; Fisioterapia; Questionário *PainDetect*

ABSTRACT

Influence of Underlying Chronic Low Back Pain Mechanisms, in Response to Multimodal Physiotherapy Intervention

Carlos Miguens, Diogo Pires, Rita Fernandes

Introduction: In the past two decades, the literature has pointed to a potential influence of underlying pain production mechanisms for chronic low back pain (DLC), regarding a multimodal Physical Therapy intervention. It seems there is evidence that suggests the existence of differences between individuals with different types of pain, regarding the pre-intervention clinical characteristics. In addition, preliminary evidence also suggests that different types of pain seem to respond clinically different to a multimodal physiotherapy intervention. **Aim:** Investigate if different pain production mechanisms allow to anticipate more or less favorable intervention responses, regarding pain intensity, functional disability and global perceived improvement. **Methodology:** Prospective cohort study with 40 participants that started Physical Therapy intervention and were assessed before the intervention (*baseline*); at 2 weeks; 8 weeks or less if discharged before; and at 3 months after the start of the intervention. The measurement instruments used were the Sociodemographic and Clinical Characterization Questionnaire; PainDetect Questionnaire; Numeric Rating Pain Scale (END); Quebec Back Pain Disability Scale – Portuguese Version (QBPDS-PT); and Global Back Recovery Scale – Portuguese Version (GBRS-PT). A two level analysis was completed: assessment of the inter-groups differences, at each assessment moment; and an intra-group analysis, at each assessment moment, in regards to the considered outcomes. **Results:** Out of the 40 participants assessed at *baseline*, 39 completed the intervention period and 31 completed the 3 months follow-up assessment. At *baseline*, despite the predominant neuropathic pain participants reporting superior pain intensity levels (7.00 ± 0.89) and functional disability (49.33 ± 13.69) compared to the predominant nociceptive pain individuals (6.38 ± 1.79 e 39.81 ± 18.45 , respectively) and to the mixed pain pattern participants (6.00 ± 0.93 e 32.88 ± 12.77 , respectively), the differences between these were not statistically significant. Regarding the Physical Therapy intervention responds there were also found no statistically significant differences between the subgroups. The participants seem to have a favorable response, decreasing pain intensity and functional disability levels, independently of the predominant pain mechanism ($p < 0.05$). **Conclusions:** The results suggest that subgroups of individuals with different pain production mechanisms do not differ between themselves regarding a multimodal Physical Therapy intervention, verifying that independently of the predominant pain production mechanisms, the individuals seem to favorably respond during the intervention.

KEYWORDS: Chronic Low Back Pain; Underlying Pain Mechanisms; Physiotherapy; PainDetect Questionnaire;

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Metodologia.....	7
2.1 Tipo de Estudo.....	7
2.2 Participantes.....	7
2.3 Recrutamento da Amostra.....	8
2.4 <i>Outcomes</i> e Instrumentos.....	8
2.5 Procedimentos.....	10
2.6 Análise dos Dados.....	12
3. Apresentação dos Resultados.....	13
3.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra.....	14
3.2 Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Subgrupos.....	16
3.3 Comparação das variáveis inter-grupos nos diferentes momentos de avaliação.....	19
3.3.1 Intensidade da Dor.....	19
3.3.2 Incapacidade Funcional.....	20
3.3.3 Percepção Global de Melhoria.....	21
3.4 Comparação das variáveis intra-grupo nos diferentes momentos de avaliação.....	22
3.4.1 Intensidade da Dor.....	22
3.4.2 Incapacidade Funcional.....	25
3.4.3 Percepção Global de Melhoria.....	27
4. Discussão dos Resultados.....	28
5. Conclusão.....	33
6. Referências Bibliográficas.....	34
7. Apêndices.....	37
8. Anexo.....	109

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é a condição músculo-esquelética que mais afeta a população adulta a nível mundial, estimando-se que mais de 80% dos indivíduos experienciem pelo menos um episódio de DL ao longo da sua vida (Kongsted, Kent, Axen, Downie, & Dunn, 2016). Além disto, é igualmente considerada a principal causa de incapacidade a longo-prazo, sendo responsável por elevados encargos para os serviços de saúde (Itz, Geurts, Van Kleef, & Nelemans, 2013).

A nível global, dados relativos a 2015, apontam para uma prevalência pontual de DL, com limitação funcional, de 7.3%, o equivalente a dizer que 540 milhões de indivíduos experienciaram pelo menos um episódio de DL. No contexto europeu, os dados epidemiológicos disponíveis são coerentes e refletem a dimensão deste problema, uma vez que apontam para uma prevalência pontual de 39.2% na Alemanha, 33% na Bélgica, 23.2% na Suécia e 13.7% na Dinamarca (Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010).

Ao longo das últimas décadas, tem-se verificado um considerável aumento nos números de prevalência de DL, o que constitui um problema de saúde pública, com elevado impacto a nível socioeconómico pelos elevados custos que direta ou indiretamente lhes estão associados, tais como, custos com cuidados médicos nos serviços de saúde, pagamento de indemnizações, custos administrativos e de litígios, perda de produtividade, reinserção no trabalho e reforma por antecipação (Gouveia et al., 2016). No Reino Unido, a DL é considerada a condição que mais afeta jovens e adultos, sendo responsável por mais de 100 milhões das faltas à atividade laboral anualmente. Da mesma forma, na Suécia, estudos epidemiológicos identificaram, nos últimos 10 anos, um aumento superior a 50% de absentismo laboral, devido a esta condição. Concordante com estes dados, destaca-se também o caso da Alemanha, onde a DL é responsável por 4.6% de perda de produção do trabalho, o que se reflete em custos totais de 48.96 biliões de euros (Wenig, Schmidt, Kohlmann, & Schweikert, 2009).

A DL é frequentemente classificada de acordo com a duração dos sintomas, sendo descrita como dor lombar aguda, quando apresenta uma duração até 6 semanas, sub-aguda quando permanece entre as 6 semanas e os 3 meses, e crónica quando perdura por mais de 3 meses (Verkerk et al., 2013). No entanto, reconhece-se que mais de dois terços dos indivíduos com DL acabam por desenvolver dor lombar crónica (DLC) (Itz et al., 2013).

A DLC constitui uma condição clínica com forte impacto na sociedade, particularmente nos

países industrializados, pela elevada utilização dos serviços de saúde e os respetivos custos financeiros que lhes estão associados. No contexto Europeu, a DLC afeta entre 5.9% e 19.9%, tendo forte impacto a nível individual, social e económico. Em Portugal, a referida condição representa elevados encargos para o Estado e custos económicos para a sociedade (Kislaya & Neto, 2017). No âmbito do estudo Global Burden of Disease (GBD) 2013, as estimativas para Portugal demonstram que a DLC (à semelhança da dor cervical crónica), constitui a principal causa do número de anos de vida saudáveis perdidos devido a doença. Segundo a revisão sistemática de Monjardino, Lucas, & Barros, (2011), estimou-se que cerca de 12.3% da população adulta portuguesa sofre de DLC (IC 95%: 10.5% a 14.3%). O primeiro estudo epidemiológico de considerável relevância acerca das doenças reumáticas, realizado em Portugal (EpireumaPt), contou com uma amostra de 10.661 participantes (Gouveia et al., 2015). Com base nesta amostra, foi posteriormente desenvolvido um novo estudo com o objetivo de identificar a prevalência de DLC “ativa” (dor presente no dia da entrevista e na maioria dos dias, durante um período de 90 dias), na população adulta portuguesa, determinando-se que esta condição representa 10.4% (95% IC 9.6% a 11.9%) (Gouveia et al., 2016).

No que diz respeito ao impacto socioeconómico desta condição clínica em Portugal, estima-se que os indivíduos com DLC tenham, em média, 14 dias de baixa laboral por ano, o que parece representar cerca de 290 milhões de euros de despesas salariais, suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes, 2010).

No que se refere à sua origem, a DLC pode ser classificada como tendo origem “específica” (DLCE), quando a causa tem uma explicação pato-anatómica, ou “não-específica” (DLCNE), quando a causa é desconhecida. No entanto, estima-se que 85-90% dos casos de DLC sejam classificados como origem “não-específica”, uma vez que não é possível atribuir uma causa estrutural para os sintomas (Hush, Kamper, Stanton, Ostelo, & Refshauge, 2012). Estes dados vão de encontro à forte evidência que demonstra a fraca relação de causalidade entre as alterações estruturais identificadas nos exames imagiológicos, e a origem dos sintomas (Hidalgo, Detrembleur, Hall, Mahaudens, & Nielens, 2014; Allegri et al., 2016;).

Da mesma forma, tem sido descrito que estas alterações não se correlacionam com os resultados da intervenção de fisioterapia, ou seja, não são fatores preditivos de sucesso ou insucesso das intervenções (Kleinstu, Dvorak, & Mannion, 2006).

A maioria dos estudos reconhece que as melhorias mais significativas em resposta à intervenção de fisioterapia, ao nível da dor e incapacidade funcional, ocorrem nas primeiras 4

semanas, sendo depois mais lentas até às 12 semanas (Artus, van der Windt, Jordan, & Croft, 2014). No entanto, os resultados de intervenção permanecem bastante divergentes, sendo sugerido por alguns autores que a remissão do problema apenas ocorre entre 9% e 25% dos casos (Cassidy, Côté, Carroll, & Kristman, 2005). Numa revisão sistemática realizada a partir de 36 artigos (28 estudos observacionais e 8 RCT's), que acompanharam o curso da DLC em indivíduos submetidos a diferentes tipos de intervenção, demonstrou que a percentagem de utentes que mantiveram dor após 12 meses de intervenção variou entre 42% e 75%, com um valor médio de 62% (Hestbaek, Leboeuf-Yde, & Mannich, 2003). Também Costa et al. (2009), num estudo que teve como objetivo descrever prospectivamente o curso clínico de 406 indivíduos com DLC, em tratamento de fisioterapia, acompanhados durante 12 meses, verificaram que apenas 35% e 41% dos participantes recuperaram totalmente da sua condição clínica (ausência de sintomas num período de 30 dias), nos momentos de avaliação aos 9 e 12 meses, respetivamente.

No que respeita à incapacidade funcional, parece existir igualmente grande variabilidade nas respostas à intervenção de fisioterapia (Kongsted et al., 2016; Macedo et al., 2014). Num estudo de coorte prospetivo, realizado por Enthoven et al. (2004), que acompanhou 314 participantes com DLC, 45% mantiveram incapacidade funcional, no *follow-up* de 1 ano (Oswestry Disability Questionnaire), em resposta ao tratamento de fisioterapia, e 52% no *follow-up* de 5 anos. Também num outro estudo de larga escala (n=1760), cujo objetivo foi analisar os níveis de incapacidade funcional em utentes com DLC, submetidos a uma intervenção cognitivo-comportamental, avaliados aos 2, 5 e 12 meses, identificou-se que apenas 24.1% dos participantes reportaram recuperação total, (< 20 na *Quebec Back Pain Disability Scale*), após 2 meses de intervenção, e 30.9% e 38.3% nos períodos de *follow-up*, aos 5 e 12 meses (Verkerk et al., 2013). Mais recentemente, também num estudo de coorte prospetivo (n=111), que pretendeu descrever as taxas de recuperação aos 6 meses, relativamente à intensidade da dor (Escala Numérica da Dor) e incapacidade funcional (Roland Morris Disability Questionnaire), após 4 semanas de fisioterapia, verificou-se que da totalidade dos participantes apenas 12.6% atingiram o critério de sucesso, que determinava a recuperação total dos participantes, ou seja, a ausência dos sintomas (George & Beneciuk, 2015).

Os estudos existentes referem que os resultados de intervenção em resposta aos tratamentos de fisioterapia permanecem longe do desejável, verificando-se que existe uma considerável percentagem de indivíduos que não atingem os critérios de recuperação, como por exemplo ausência de dor e incapacidade funcional no final da intervenção (Itz et al., 2013; Macedo

et al., 2014). Desta forma, no sentido de se obter uma maior compreensão acerca do porquê destes resultados, nas últimas décadas a literatura tem vindo a apontar para o potencial papel dos mecanismos de produção de dor, na sua influência nos resultados de intervenção de fisioterapia (Beith, Kemp, Kenyon, Prout, & Chestnut, 2011; Spahr et al., 2017; Vieira, Moniz, Fernandes, Carnide, & Cruz, 2014). Segundos estes mecanismos, reconhece-se que os indivíduos com DLCNE podem apresentar dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto. A dor nociceptiva resulta da ativação dos nociceptores, em resposta a uma lesão do tecido não neural, enquanto que a dor neuropática é descrita como uma lesão do sistema nervoso somatosensorial (Internacional Association for the Study of Pain, 2011). A dor de padrão misto, compreende as duas componentes, ou seja, define-se como uma dor que apresenta sinais de dor neuropática e nociceptiva.

Contudo, embora tenha vindo a ser destacado a possível influência dos mecanismos de produção de dor nos resultados de intervenção da fisioterapia, até à data foram realizados poucos estudos que considerem os referidos mecanismos. Dos estudos existentes, alguns autores sugerem que existem diferenças nas características clínicas dos indivíduos com diferentes tipos de dor (nociceptiva, neuropática e mista), particularmente no que diz respeito aos níveis de intensidade da dor e incapacidade funcional reportados pelos utentes (Morsø, Kent, & Albert, 2011; Spahr et al., 2017). Além disto, é igualmente sugerido que indivíduos com diferentes tipos de dor, respondem de forma diferente à intervenção de fisioterapia, pelo que a adequação das estratégias de intervenção aos indivíduos parece resultar em efeitos de intervenção mais significativos (Harrisson, Styne, Dunn, & Foster, 2017; Spahr et al., 2017).

No entanto, a evidência que sustenta estes dados é escassa e a maioria dos estudos disponíveis recorrem a desenhos metodológicos que apenas se centram na caracterização de perfis clínicos, avaliando os participantes num único momento de avaliação, ou em momentos bastante distantes entre si, o que não permite analisar e compreender a possível influência dos resultados de intervenção ao longo do tempo (Harrisson et al., 2017).

No estudo realizado por Beith et al. (2011) cujo o objetivo consistiu em analisar as diferenças nas características clínicas dos indivíduos com dor neuropática, nociceptiva e mista ($n=343$), os autores verificaram que os indivíduos com dor de predomínio neuropático apresentaram níveis superiores de intensidade da dor (6.3 ± 0.3), comparativamente aos indivíduos com dor predominantemente nociceptiva (4.1 ± 0.2), avaliados através da Escala Numérica da Dor, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p<0.001$). Com a mesma

tendência, verificou-se que os indivíduos com dor neuropática reportaram níveis superiores de incapacidade funcional (13.3 ± 0.7), avaliados através do *Roland Morris Low Back Pain Disability Questionnaire*, comparativamente aos indivíduos com dor nociceptiva (7.5 ± 0.4), verificando-se igualmente que as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0.001$).

Mais tarde, Hiyama et al. (2015), realizaram um estudo com o objetivo de analisar as diferenças na qualidade de vida em indivíduos com dor neuropática e nociceptiva. Para tal, foram avaliados 331 participantes, dos quais 49 apresentavam dor de predomínio neuropático, 190 de predomínio nociceptivo, e os restantes 92 caracterizavam-se por uma dor de padrão misto (com ambas as componentes). Os resultados demonstraram que os indivíduos com dor de predomínio neuropático reportaram, em média, dor mais severa (7.4 ± 1.9), comparativamente aos indivíduos com dor predominantemente nociceptiva (5.1 ± 2.0), sendo que as diferenças entre os grupos revelaram ser estatisticamente significativas ($p < 0.05$). Posteriormente, também Spahr et al. (2017) elaboraram um estudo que consistiu em analisar as diferenças nos perfis clínicos dos indivíduos com dor neuropática e nociceptiva ($n=50$), nomeadamente quanto à intensidade da dor e qualidade de vida, avaliadas através da escala numérica da dor e do questionário de estado de saúde SF-36, respetivamente. Coincidente com os estudos anteriores, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) entre a intensidade da dor nos indivíduos com dor neuropática (4.62 ± 2.06), e dor nociceptiva (6.88 ± 1.7). Da mesma forma, o grupo de indivíduos com dor neuropática revelou níveis de qualidade de vida inferiores, comparativamente ao grupo de dor nociceptiva, verificando-se igualmente que as diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas na maioria das dimensões do questionário ($p < 0.05$).

Dos dados existentes, a maioria sugere que as características dos indivíduos com dor de predomínio neuropático são menos favoráveis comparativamente aos indivíduos com dor de predomínio nociceptiva, no que respeita à intensidade da dor, incapacidade funcional, e qualidade de vida. No entanto, nos estudos referidos anteriormente os participantes apenas foram avaliados num único momento de avaliação, uma vez que a metodologia apenas se centrou na caracterização dos perfis clínicos de utentes com dor neuropática e nociceptiva, pelo que não é possível retirar quaisquer conclusões acerca da possível influência dos mecanismos nos resultados de intervenção.

Apenas um estudo, realizado por Morsø, Kent, & Albert (2011), utilizou uma metodologia que permitiu avaliar a amostra em diferentes momentos de avaliação. O estudo contou com 145 participantes, que inicialmente foram divididos em dois grupos, em função do mecanismo de

produção de dor predominante (nociceptivo ou neuropático). Em seguida, numa avaliação pré-intervenção, os grupos foram avaliados quanto à intensidade da dor e incapacidade funcional, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas em ambos os *outcomes* ($p=0.012$ e $p=0.001$, respetivamente). Posteriormente, os participantes cumpriram um programa multimodal de fisioterapia, sendo novamente avaliados aos 3 e 12 meses relativamente à intensidade da dor, incapacidade funcional e estado geral de saúde. Em ambos os momentos de avaliação, os dois grupos demonstram evolução positiva nos *outcomes* primários (intensidade da dor e incapacidade funcional), sendo que aos 12 meses, as melhorias clínicas atingiram a diferença mínima clinicamente importante para cada *outcome*. No entanto, as diferenças estatisticamente significativas inter-grupos, verificadas inicialmente, apenas se mantiveram na incapacidade funcional. No final do estudo, os autores concluíram que os dois grupos responderam de forma semelhante à intervenção, sugerindo que os mecanismos de produção de dor subjacentes não permitem antever respostas de intervenção mais ou menos favoráveis nos referidos *outcomes*.

Tendo em conta o reduzido número de estudos publicados, não é possível concluir de forma sustentada se as características clínicas dos indivíduos com dor nociceptiva e neuropática diferem realmente entre si. Além disso, pelo facto da maioria dos estudos existentes se centrar exclusivamente na caracterização de perfis clínicos, considerando apenas um único momento de avaliação, ou momentos de avaliação muito distantes entre si, não permitem analisar o possível papel dos mecanismos de produção de dor nas respostas à intervenção de fisioterapia.

Desta forma, dada a escassez de evidência sobre esta temática, e atendendo às consideráveis limitações metodológicas dos estudos existentes, como por exemplo amostras reduzidas e poucos momentos de avaliação, torna-se importante a realização do presente estudo, que tem por objetivo analisar a possível influência dos mecanismos de produção de dor subjacentes à DLCNE nas respostas à intervenção de fisioterapia multimodal, no que respeita à intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria, de modo a perceber se o tipo de dor predominante, avaliado inicialmente, permite antever resultados de intervenção mais ou menos favoráveis, após 4 semanas, 8 semanas e 3 meses após o início da intervenção.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo observacional, analítico de coorte prospetivo. Este desenho de estudo é considerado o mais indicado para o objetivo estabelecido, uma vez que o investigador mede as variáveis, em diferentes momentos de avaliação, mas não interfere no estudo, pretendendo somente descrever e analisar relações entre as variáveis em estudo (Chung & Song, 2010).

O presente estudo foi submetido à Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no sentido de solicitar um parecer relativamente à qualidade e integridade do mesmo, no que se refere às questões éticas inerentes aos procedimentos, tendo o mesmo sido positivo.

2.2 Participantes

Por forma a selecionar a amostra para o estudo, foram aplicados critérios de inclusão e exclusão aos potenciais participantes. Deste modo, consideraram-se elegíveis todos os utentes com idades compreendidas entre 18 e 65 anos (Jones, Pandit, & Lavy, 2014) a iniciar tratamentos de fisioterapia com diagnóstico de DLCNE, com ou sem irradiação para o membro inferior, há pelo menos 12 semanas ou presença de recorrências, em pelo menos metade dos dias, num período de 6 meses (Deyo et al., 2015; Verkerk et al., 2011).

Foi também necessário garantir que todos os indivíduos selecionados tivessem literacia suficiente para ler e escrever em língua portuguesa, por forma a garantir autonomia no preenchimento dos instrumentos de avaliação autoadministrados.

Por outro lado, foram excluídos do estudo os indivíduos que apresentavam os seguintes critérios: presença de dor lombar de origem específica, nomeadamente, presença de sintomas de compressão radicular, dor de origem visceral/maligna, osteoporose, fraturas ou deformidades estruturais, doenças inflamatórias, infecciosas e/ou sistémicas, indivíduos que tenham realizado uma cirurgia lombar nos últimos 6 meses, e aqueles que realizaram qualquer tratamento conservador por sintomas na região lombar nos 3 meses anteriores, excepto medicação (Smeets et al., 2008; Verkerk et al., 2011). Foram igualmente excluídas as mulheres que se encontravam

em período de gestação, uma vez que a ocorrência de episódios de dor lombar durante o período de gravidez é bastante comum, sendo que os fatores etiológicos nestas situações divergem dos fatores associados à DLCNE (Smeets et al., 2008; Verkerk et al., 2011).

2.3 Recrutamento da Amostra

Para o presente estudo, os participantes foram recrutados de forma não probabilística e consecutiva em 5 serviços de fisioterapia (2 clínicas privadas, 2 entidades particulares e 1 clínica pedagógica), no período temporal compreendido entre dezembro de 2017 e julho de 2018. Os participantes foram recrutados por fisioterapeutas colaboradores, convidados formalmente a participar no estudo. A todos aqueles que aceitaram colaborar na recolha dos dados foi-lhes fornecido um Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra (Apêndice 1), onde constavam informações sobre o modo de identificação dos potenciais participantes, critérios de inclusão e exclusão a considerar, bem como o modelo de convite de participação para os utentes.

De forma a garantir o máximo de rigor na recolha, foi complementariamente realizada uma sessão de esclarecimento a todos os que aceitaram colaborar, bem como um contacto regular com os mesmos durante o processo de recolhas.

2.4 Outcomes e Instrumentos

Para o presente estudo foram considerados como *outcomes* a intensidade da dor, a incapacidade funcional, e a perceção global de melhoria. Numa fase inicial foi utilizado um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica da amostra, desenvolvido com base nas recomendações da “NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain”, para avaliação das características e impacto da DLC nos participantes (Deyo et al., 2014), o qual incluía questões relativas a aspetos sociodemográficos, *status* e absentismo laboral, hábitos de saúde, caracterização da dor, medicação, associação de outros sintomas, impacto da condição na vida dos participantes, avaliação de sintomas depressivos, caracterização do sono e interferência da DL nas atividades do dia-a-dia (Deyo et al., 2015; Caeiro et al., 2015).

Foi também aplicado um questionário de caracterização de dor – *PainDetect*, que permite identificar a presença das componentes neuropática e/ou nociceptiva da dor nos participantes. O *PainDetect* é um instrumento de triagem, onde o indivíduo caracteriza a sua dor e sintomas associados, através de respostas a 7 questões e preenchimento de um diagrama corporal

apresentado (Freynhagen, Baron, Gockel, & Tölle, 2006). Num estudo inicial este instrumento demonstrou valores de especificidade de 80% e de sensibilidade de 85%, elevada consistência interna (α de Cronbach's= 0.83), e um poder de resposta também elevado (área abaixo da curva ROC=0.91) (Freynhagen et al., 2006). Atualmente, o instrumento já se encontra validado e adaptado para a população portuguesa com DLC (n=102), tendo igualmente demonstrado excelente consistência interna (α de Cronbach's= 0.84), e fiabilidade teste-reteste (ICC= 0.97; IC 95%: 0.95-0.98, $p<0.001$), sendo, por isso, sugerida a sua utilização, na determinação do tipo de dor predominante, em utentes com DLC (Morsø et al., 2011; Santos & Cruz, 2017).

De forma a avaliar a **intensidade da dor** foi utilizada a Escala Numérica da Dor (END). A END consiste numa escala de medição, unidimensional, que avalia a perceção da intensidade da dor. Apresenta 11 pontos (0 a 10), onde 0 representa “ausência de dor” e 10 “a pior dor possível” (Ferguson, Joseph, & Sherman, 2015; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011). Para o seu preenchimento é solicitado que os utentes selecionem o número que melhor representa a sua dor num determinado momento ou período temporal (Hawker et al., 2011; Mannion, Balagué, Pellisé, & Cedraschi, 2007). Quanto às suas propriedades psicométricas, a END é um instrumento válido, fiável e com utilidade clínica. Apresenta valores de fiabilidade teste-reteste, entre moderados e elevados, variando entre 0.67 e 0.96, e um α de Cronbach's =0.84 (Good et al., 2001; Finch, Brooks, Stratford, & Mayo, 2002).

No que diz respeito à diferença mínima clinicamente importante (DMCI), considerando os valores da *baseline*, uma diminuição de pelo menos 30% é considerada significativa, assim como uma diminuição de 2 pontos na escala, se considerarmos o valor absoluto (Ostelo et al., 2008).

A avaliação da **incapacidade funcional** foi realizada com recurso à versão portuguesa da *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS-PT). Este instrumento consiste num questionário de autopreenchimento, constituído por 20 itens respeitantes a diferentes atividades da vida diária, sobre domínios importantes para os utentes com DL (Kopeck et al., 1995). Cada item é classificado, segundo uma escala de *Likert* de 6 pontos, que varia entre 0 (sem dificuldade nenhuma) e 5 (incapacidade total para realização da atividade). Assim, é sugerido que o utente assinale as respostas que melhor se adequam a si em cada atividade, no momento em que o questionário é aplicado.

A adaptação e validação da QBPDS para a população portuguesa foi já realizada (Cruz et al., 2013; Vieira et al., 2014), tendo o referido instrumento demonstrado excelente consistência

interna (α de Cronbach's= 0.95), bons valores de fiabilidade teste-reteste (ICC=0.69; IC 95%: 0.58-0.78) e boa capacidade discriminativa entre subgrupos de utentes com e sem dor irradiada para o membro inferior (U=1218; $p < 0.001$) (Cruz et al., 2013). Na avaliação da validade de constructo, demonstrou forte correlação com o *Roland Morris Disability Questionnaire* ($r=0.62$; $P < 0.001$) e moderada com a Escala Visual Analógica ($p=0.38$; $p < 0.001$). Além disto, revelou um moderado poder de resposta (AUC= 0.741) (Vieira et al., 2014).

Tendo em conta os valores da *baseline*, uma diferença de pelo menos 30% é considerada significativa, assim como uma diferença de pelo menos 7 pontos, se considerarmos o valor absoluto (Kamper, Maher, & Mackay, 2009).

De forma a avaliar a **percepção global de melhoria** foi utilizada a versão portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (GBRS-PT). A GBRS-PT é uma medida de avaliação da percepção global de mudança, através da qual os utentes autoavaliam o grau da sua recuperação (Hush et al., 2012). Esta escala consiste num total de 11 pontos, variando de -5 (Muito Pior) a 5 (Completamente Recuperado), cruzando o valor 0 (Na mesma). A sua aplicação deve considerar a seguinte questão: "Desde o início do tratamento nesta instituição, como descreve as suas costas atualmente?".

A validação da GBRS para a versão portuguesa em indivíduos com DLC, teve o contributo de Freitas & Cruz (2017) ($n=98$), onde se verificou que este instrumento apresenta boa fiabilidade teste-reteste (ICC=0.71-IC 95%:0.479-0.859, $p < 0.0001$), uma aceitável validade de construto (coeficiente de correlação de *Spearman* $r=0.44$, $p < 0.001$), e um adequado poder de resposta (área abaixo da curva > 0.70), o que demonstra capacidade de discriminar os participantes que obtiveram melhorias clinicamente importantes, dos que não melhoraram (Freitas & Cruz, 2017). No mesmo estudo, estabeleceu-se uma DMCI para indivíduos com DLC em tratamento de 3, valor este que diferencia os utentes que percecionam uma melhoria clínica dos que não percecionam (Freitas & Cruz, 2017).

2.5 Procedimentos

A todos os participantes que cumpriram os critérios de inclusão foi-lhes facultada uma carta explicativa do estudo (Apêndice 2), entregue pelos fisioterapeutas colaboradores, onde se encontravam detalhadamente descritos os objetivos e procedimentos do mesmo. Os participantes

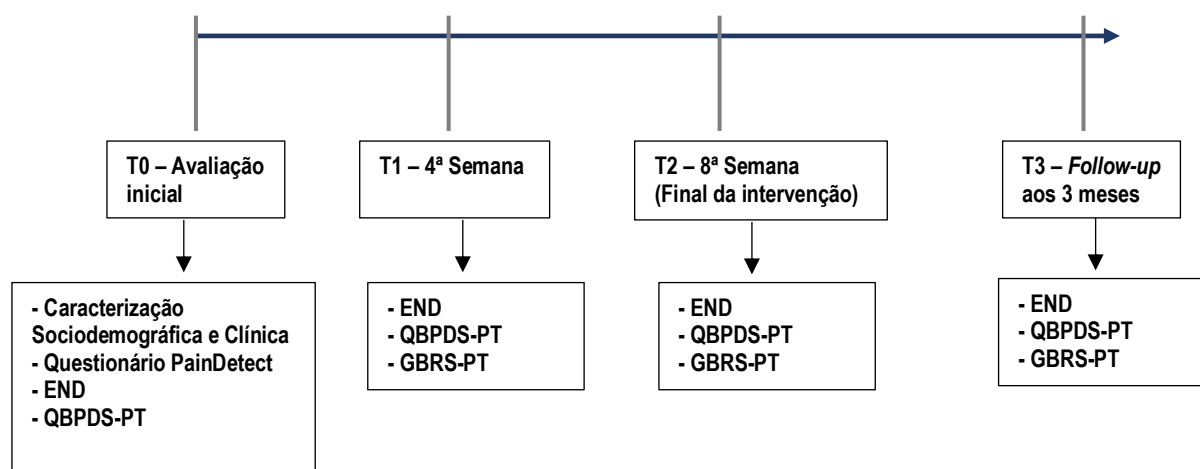
que aceitaram participar no estudo assinaram o consentimento informado (Apêndice 3), redigido numa linguagem de fácil compreensão, e elucidativo da natureza do estudo.

No que diz respeito à intervenção, visto que o objetivo do estudo não pretende demonstrar efeitos de tratamento, a intervenção realizada pelos fisioterapeutas não teve qualquer orientação sobre que modalidades/procedimentos deveriam adotar. No momento inicial (T0), coincidente com o início do tratamento da Fisioterapia, os participantes preencheram o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, assim como o questionário *PainDetect*, que permitiu diferenciar se a dor de cada indivíduo apresentava características de predomínio neuropático, nociceptivo ou misto. De seguida, os indivíduos classificaram os seus níveis de intensidade da dor e de incapacidade funcional, preenchendo a escala END e o QBPDS-PT, respetivamente.

A meio do período de intervenção, ou seja, no final da 4ª semana (T1), os utentes voltaram a preencher a END e a QBPDS-PT, bem como a GBRs-PT. No final do período de intervenção, correspondente à 8ª semana (T2), os participantes foram novamente avaliados quanto aos mesmos *outcomes*, preenchendo os mesmos instrumentos de avaliação.

No período de *follow-up*, que teve lugar aos 3 meses após início dos tratamentos, o preenchimento dos três questionários voltou a ser solicitado, de forma a permitir analisar as potenciais diferenças. Todos estes instrumentos foram entregues, pelos fisioterapeutas colaboradores, aos participantes para respetivo preenchimento, encontrando-se todos eles num Caderno de Instrumentos construído para o efeito (Apêndice 4). Todos os momentos de avaliação foram realizados presencialmente. Após o preenchimento dos mesmos, os registos foram selados num envelope e entregues ao investigador.

Fig.1 Representação Esquemática do Desenho do Estudo



Legenda:

END – Escala Numérica da Dor

QBPDS-PT – Quebec Back Pain Disability Scale – Versão portuguesa

GBRS-PT – Global Back Recovery Scale - Versão portuguesa

2.6 Análise dos Dados

O processamento e tratamento dos dados foi efetuado com recurso ao software IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corporation, New York, USA), para o sistema operativo Mac OS X. O processo de análise dos dados centrou-se no estudo das características sociodemográficas e clínicas da amostra total e dos diferentes subgrupos, obtidas através do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, e na análise das variáveis em estudo, nomeadamente, a intensidade da dor, a incapacidade funcional e a percepção global de melhoria.

Relativamente ao processamento dos dados em falta (*missing data*), procedeu-se à exclusão dos participantes cujo o respetivo preenchimento dos diferentes instrumentos de avaliação se verificou inválido, pela falta de informação ou pelo preenchimento de forma inadequada. Para além disto, foram igualmente excluídos os participantes que desistiram do estudo, em qualquer momento, enquanto o mesmo decorreu.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar as diferentes variáveis sendo que as variáveis numéricas foram analisadas através das medidas de tendência central e dispersão (médias; desvio padrão) e as variáveis nominais pela distribuição de frequências.

Posteriormente os participantes foram categorizados nos 3 grupos definidos pelo questionário *PainDetect* (dor nociceptiva, neuropática e mista) de acordo com os pontos de corte estabelecidos na literatura (Freyenhagen et al., 2006).

De modo a determinar a abordagem estatística a utilizar, foi averiguada a normalidade dos dados para cada variável, através do teste Shapiro-Wilk, dado que o n dos subgrupos foi inferior a 50 (Marôco, 2010). Uma vez que a maioria das variáveis não apresentou uma distribuição normal, foram selecionados testes não paramétricos. Posteriormente foi efetuada uma análise a dois níveis: comparação inter-grupo em cada um dos momentos de avaliação e comparação intra-grupo ao longo dos diferentes momentos de avaliação. Para comparar os resultados inter-grupos, em cada momento de avaliação, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Na análise da percepção global de melhoria inter-grupos foi considerada a proporção de indivíduos que atingiu os critérios de sucesso, pelo que foi utilizado o teste χ^2 de Pearson. De forma a avaliar as diferenças intra-grupo ao longo dos diferentes momentos de avaliação, recorreu-se ao teste ANOVA de Friedman.

Para os testes realizados foi considerado o limite inferior de significância $p < 0.05$ (grau de confiança de 95%), pelos que os resultados foram considerados estatisticamente significativos, quando a probabilidade de significância do teste (p -value) foi inferior a este valor.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes, a primeira centra-se na análise descritiva dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra total em estudo, assim como a caracterização de cada subgrupo (nocicetivo, neuropático e misto), na *baseline*.

A segunda parte corresponde à apresentação e análise inferencial das variáveis em estudo, nomeadamente, a intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria, no que se refere à análise das diferenças significativas entre os diferentes subgrupos de participantes em cada momento de avaliação, bem como a análise das diferenças intra-grupo, nos mesmos momentos.

Foram recrutados 68 indivíduos com dor lombar crónica de origem não específica, dos quais 40 cumpriram os critérios de elegibilidade. Dos participantes elegidos, apenas 1 (2.5%) abandonou o estudo. Dos participantes avaliados inicialmente (*baseline*), verificou-se 22.5% (N=9) desistências no período de *follow-up*, realizado aos 3 meses após o início da intervenção, tal como ilustrado no Fluxograma 1.

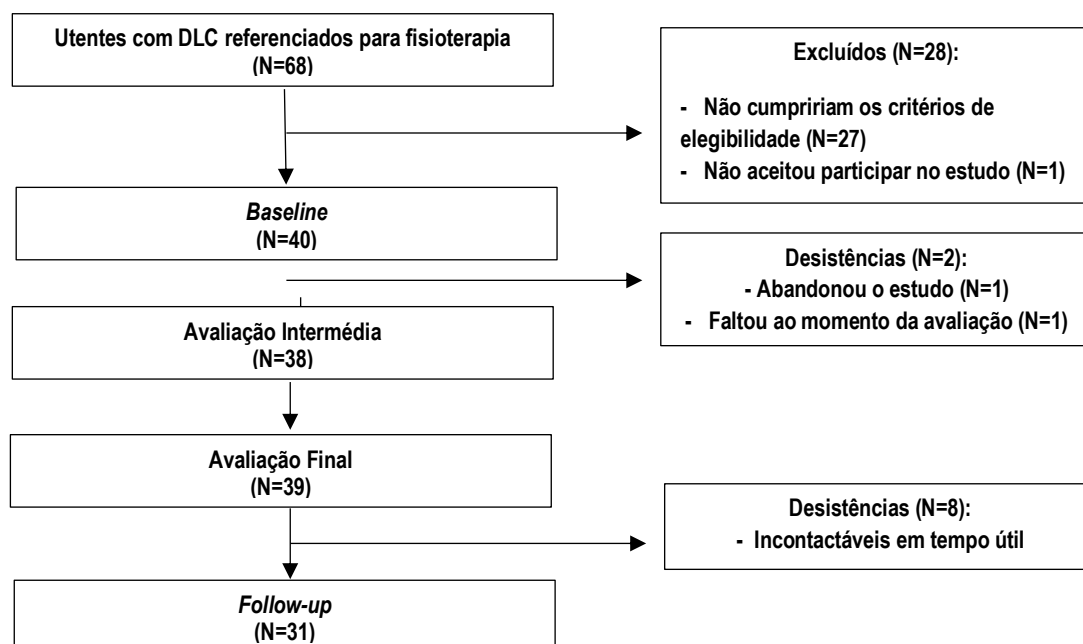


Figura 1. Fluxograma relativo à amostra do estudo.

3.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica da amostra

De acordo com a Tabela 1, relativa às características sociodemográficas da amostra no seu conjunto, dos 40 participantes incluídos no estudo, 27 (67.5%) pertencem ao género feminino e 13 (32.5%) ao género masculino. Os participantes têm idades compreendidas entre os 23 e 65 anos e apresentam uma média de idades de 47 (± 11.35) anos, a maioria eram casados (52.5%) e encontravam-se a trabalhar (67.5%). No que diz respeito às habilitações literárias, verificou-se que a maioria dos participantes (45%) apresentam níveis de escolaridade de ensino secundário ou equivalente completo. As restantes características sociodemográficas encontram-se descritas na tabela 1.

No que concerne às características clínicas da amostra (Tabela 2), a maioria dos participantes (55%) referiu ter DLC há mais de 24 meses, e 62.5% apresenta sintomas de irradiação para o membro inferior. Dos restantes, 10% (N=4) reportaram ter dor entre 3 e 6 meses, 20% (N=8) entre 6 e 12 meses, e 15% (N=6) entre 12 e 24 meses. Quanto à medicação, metade da amostra em estudo referiu tomar medicação para a sua dor. Dos indivíduos que mantinham a sua atividade laboral (67.5%), mais de metade (65%) não beneficiou de baixa remunerada, nem faltou à atividade profissional devido à sua dor lombar (52.5%), no ano anterior ao momento da avaliação inicial. No preenchimento do questionário sociodemográfico foi também solicitado a resposta a algumas questões relativas ao impacto da condição na vida dos participantes em estudo, nomeadamente, na sua influência nas atividades da vida diária (AVD's). Nas respostas a esta questão, 30% respondeu que a DLC afeta "um pouco" as suas AVD's, 30% afeta "um tanto", 27.5% afeta "muito", e 12.5% afeta "bastante" as suas atividades.

No que se refere à intensidade da dor na avaliação inicial, avaliada através da END, os participantes apresentam uma média de 6.40 pontos (± 1.55). Relativamente à incapacidade funcional, avaliada através da QBPDS-PT, verificou-se uma média de 39.85 pontos (± 17.19).

Caracterização Sociodemográfica da Amostra		
Variável	Categorias da Variável	Amostra Total (N = 40)
Idade^a	-	Média: 47.00 anos (DP= ± 11.353)
Género	Feminino (n; %)	27 (67.5%)
	Masculino (n; %)	13 (32.5%)
Massa^a	-	Média: 70.738 Kg (DP= ± 11.400)
Altura^a	-	Média: 164.850 cm (DP= ± 8.014)
Estado Civil	Solteiro(a) (n; %)	11 (27.5%)
	Casado(a) (n; %)	21 (52.5%)
	União de Facto (n; %)	5 (12.5%)
	Divorciado(a) (n; %)	2 (5.0%)
	Viúvo(a) (n; %)	1 (2.5%)
Habilitações Literárias	Ensino Primário (n; %)	4 (10.0%)
	Ensino Básico (n; %)	8 (20.0%)
	Ensino Secundário (n; %)	18 (45.0%)
	Ensino Superior (n; %)	10 (25.0%)
Situação Profissional	A trabalhar (n; %)	27 (67.5%)
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema (n; %)	2 (5.0%)
	Desempregado(a) (n; %)	4 (10.0%)
	Reformado(a) (n; %)	6 (15.0%)
	Doméstico(a)	1 (2.5%)
Legenda: *teste de ANOVA one-way; ** teste de Qui-Quadrado; ^a Variável que apresenta distribuição normal		

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra

Caracterização Clínica da Amostra		
Variável	Categorias da Variável	Amostra Total N = 40
Duração da DLC	3-6 meses (n; %)	4 (10.0%)
	6-12 meses (n; %)	8 (20.0%)
	12-24 meses (n; %)	6 (15.0%)
	Mais de 24 meses (n; %)	22 (55.0%)
Irradiação para o Membro Inferior	Sim (n; %)	25 (62.5%)
	Não (n; %)	15 (37.5%)
Medicação para DLC	Sim (n; %)	20 (50.0%)
	Não (n; %)	20 (50.0%)
Absentismo no último ano	Sim (n; %)	19 (47.5%)
	Não (n; %)	21 (25.5%)
Influência nas AVD's	Um pouco (n; %)	12 (30%)
	Um tanto (n; %)	12 (30%)
	Muito (n; %)	11 (27.5%)
	Bastante (n; %)	5 (12.5%)
Intensidade da Dor_T0 (END)	-	Média: 6.40 (DP= ± 1,55)
Incapacidade Funcional_T0 (QBPDS-PT)	-	Média: 39.85 (DP= ± 17,19)
Legenda: * teste de Qui-Quadrado; **teste de ANOVA one-way; *** Teste de Kruskal-Wallis; +Variável que apresenta distribuição normal		

Tabela 2 – Caracterização Clínica da amostra

3.2 Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos subgrupos

Dado o objetivo do estudo, no momento da avaliação inicial a amostra foi categorizada em três subgrupos, em função dos mecanismos de produção de dor subjacente à DLC, considerando os pontos de corte do questionário PainDetect, sugeridos pelos autores do instrumento (Freynhagen et al., 2006). Da amostra total (40 participantes), 65% (N=26) apresentam dor de predomínio nociceptivo, 15% (N=6) dor de predomínio neuropático, e 20% (N=8) dor de padrão misto.

Nas tabelas 3 e 4 são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes em cada um dos subgrupos.

Caracterização Sociodemográfica dos Subgrupos

Variável	Categorias da Variável	Grupo de dor Nocetiva	Grupo de dor Mista	Grupo de dor Neuropática	Valor p
Idade^a	-	Média: 45.08 anos (DP= ± 12.04)	Média: 56.00 anos (DP= ± 6.16)	Média: 43.00 anos (DP= ± 7.98)	0.034*
Género	Feminino (n; %)	15 (57.7%)	6 (75%)	6 (100%)	0.120**
	Masculino (n; %)	11 (42.3%)	2 (25%)	0 (0%)	
Massa^a	-	Média: 70.21 Kg (DP= ± 10.28)	Média: 69.50 Kg (DP= ± 14.96)	Média: 74.67 Kg (DP= ± 12.23)	0.661*
Altura^a	-	Média: 166,35 cm (DP= ± 7.69)	Média: 160.88 cm (DP= ± 9.36)	Média: 163.67 cm (DP= ± 6.62)	0.227*
Estado Civil	Solteiro(a) (n; %)	9 (34.6%)	1 (12.5%)	1 (16.7%)	0.032**
	Casado(a) (n; %)	15 (57.7%)	5 (62.5%)	1 (16.7%)	
	União de Facto (n; %)	0 (0%)	2 (25%)	3 (50%)	
	Divorciado(a) (n; %)	1 (3.8%)	0 (0%)	1 (16.7%)	
	Viúvo(a) (n; %)	1 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	
Habilitações Literárias	Ensino Primário (n; %)	2 (7.7%)	2 (25%)	0 (25%)	0.402**
	Ensino Básico (n; %)	4 (15.4%)	2 (25%)	2 (33.3%)	
	Ensino Secundário (n; %)	12 (46.2%)	4 (50%)	2 (33.3%)	
	Ensino Superior (n; %)	8 (30.8%)	0 (0%)	2 (33.3%)	
Situação Profissional	A trabalhar (n; %)	20 (76.9%)	3 (37.5%)	4 (66.7%)	0.047**
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema (n; %)	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Desempregado(a) (n; %)	1 (3.8%)	0 (0%)	2 (33.3%)	
	Reformado(a) (n; %)	2 (7.7%)	4 (50%)	0 (0%)	
	Doméstico(a)	1 (3.8%)	1 (7,1%)	0 (0%)	

Legenda: *teste de ANOVA one-way; ** teste de Qui-Quadrado; ^aVariável que apresenta distribuição normal

Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica dos subgrupos

Caracterização Clínica dos Subgrupos					
Variável	Categorias da Variável	Grupo de dor Nociceptiva	Grupo de dor Mista	Grupo de dor Neuropática	Valor p
Duração da DLC	3-6 meses (n; %)	3 (11.5%)	0 (0%)	1 (16.7%)	0.243*
	6-12 meses (n; %)	8 (30.8%)	0 (0%)	0 (0%)	
	12-24 meses (n; %)	4 (15.4%)	1 (12.5%)	1 (16.7%)	
	Mais de 24 meses (n; %)	11 (42.3%)	7 (87.5%)	4 (66.7%)	
Irradiação para o Membro Inferior	Sim (n; %)	12 (46.2%)	7 (87.5%)	6 (100%)	0.013*
	Não (n; %)	14 (53.8%)	1 (12.5%)	0 (0%)	
Medicação para DLC	Sim (n; %)	11 (42.3%)	4 (50.0%)	5 (83.3%)	0.194*
	Não (n; %)	15 (57.7%)	4 (50.0%)	1 (16.7%)	
Absentismo no último ano	Sim (n; %)	11 (42.3%)	3 (37.5%)	5 (83.3%)	0.158*
	Não (n; %)	15 (57.7%)	5 (62.5%)	1 (16.7%)	
Intensidade da Dor_T0 (END)	-	Média: 6.38 (DP= ± 1.79)	Média: 6.00 (DP= ± 0.93)	Média: 7.00 (DP= ± 0.89)	0.373***
Incapacidade Funcional_T0 (QBPDS-PT)	-	Média: 39.81+ (DP= ± 18.45)	Média: 32.88+ (DP=± 12.77)	Média: 49.33+ (DP=± 13.69)	0.221**
Legenda: * teste de Qui-Quadrado; **teste de ANOVA one-way; *** Teste de Kruskal-Wallis; *Variável que apresenta distribuição normal					

Tabela 4 – Caracterização Clínica dos subgrupos

Os participantes dos diferentes subgrupos foram comparados quanto às características sociodemográficas e clínicas na avaliação inicial. Os resultados obtidos (Tabelas 3 e 4), podemos concluir que os subgrupos são semelhantes na maioria das variáveis consideradas, uma vez que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na idade ($p=0.034$), estado civil ($p=0.032$), situação profissional ($p=0.047$), e na presença de sintomas de irradiação para o membro inferior ($p=0.013$).

No que se refere à intensidade da dor, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos ($p=0.373$), o subgrupo de dor neuropática reportou níveis de intensidade da dor superiores (7.00 ± 0.89), comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva (6.38 ± 1.79) e mista (6.00 ± 0.93). Em relação à irradiação para o membro inferior, a totalidade dos participantes com dor neuropática e 87.5% com dor de padrão misto têm sintomas de irradiação para o membro inferior. No subgrupo de dor nociceptiva a percentagem foi inferior, tendo sido reportado que 46.2% apresenta irradiação. Da mesma maneira, nos subgrupos cujas

percentagens de dor irradiada para o membro inferior foram mais elevadas (neuropático e misto), foram também os que reportaram recorrer mais a medicação para a dor (83.3% e 50%, respetivamente). Contudo, na referida variável as diferenças não foram consideradas estatisticamente significativas ($p=0.194$).

Na incapacidade funcional, o subgrupo de dor neuropática foi, à semelhança da variável intensidade da dor, o que demonstrou níveis mais elevados de incapacidade funcional (49.33 ± 13.69), seguido pelo subgrupo de dor nociceptiva (39.81 ± 18.45), e pelo subgrupo de dor mista (32.88 ± 12.79), onde os níveis de incapacidade foram ligeiramente inferiores. Contudo, as diferenças encontradas também não foram estatisticamente significativas ($p=0.221$).

3.3 Comparação das variáveis inter-grupos nos diferentes momentos de avaliação

3.3.1 Intensidade da Dor

INTENSIDADE DA DOR			
Momentos de Avaliação	Subgrupos	Média (\pm Desvio Padrão)	Diferenças inter-grupos (Valor p)
Avaliação Intermédia (T1)	Nociceptivo	2.79 (\pm 1.65)	0.331
	Neuropático	4.00 (\pm 1.23)	
	Misto	4.29 (\pm 0.95)	
Avaliação Final (T2)	Nociceptivo	2.37 (\pm 1.98)	0.811
	Neuropático	2.60 (\pm 1.52)	
	Misto*	3.14 (\pm 2.27)	
Follow-up (T3)	Nociceptivo	2.74 (\pm 1.94)	0.951
	Neuropático	3.00 (\pm 2.55)	
	Misto	2.71 (\pm 1.25)	

Tabela 6 - Resultados do teste Kruskal-Wallis relativos às diferenças na intensidade da dor inter-grupos, nos diferentes momentos.

Legenda: *As variáveis apresentam distribuição normal

A tabela 6 refere-se aos resultados obtidos através do teste Kruskal-Wallis (Tabela 6), que permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas inter-grupos ao nível da intensidade da dor, em nenhum momento de avaliação. Os resultados revelaram um valor $p=0.331$ no momento de avaliação às 4 semanas, um valor $p=0.811$ no final do período de intervenção, e um valor $p=0.951$ no momento de *follow-up* aos 3 meses.

Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas, nos momentos de avaliação às 4 semanas e 8 semanas após o início da intervenção, o subgrupo de dor nociceptiva demonstrou valores de intensidade da dor ligeiramente inferiores aos restantes subgrupos. No entanto, esta diferença não se manteve no momento de *follow-up*, tendo o subgrupo de dor mista demonstrado os níveis mais baixos de intensidade da dor.

Na avaliação intermédia (T1), coincidente com a 4^a semana após o início da intervenção de fisioterapia, o subgrupo de dor mista foi o que demonstrou níveis superiores de intensidade da dor, com um valor médio de 4.29 (\pm 0.95), seguido pelo subgrupo de dor neuropática (4.00 \pm 1.23), e pelo subgrupo de dor nociceptiva que revelou níveis de intensidade da dor ligeiramente inferiores (2.79 \pm 1.65).

No terceiro momento de avaliação (T2), 8 semanas após o início da intervenção da fisioterapia, manteve-se a tendência verificada na avaliação intermédia, o subgrupo de dor mista reportou os níveis de intensidade da dor mais elevados, com um valor médio de 3.14 (\pm 2.27), seguido pelos subgrupos de dor neuropática e nociceptiva, com valores médios de intensidade da dor próximos entre si (2.60 \pm 1.52 e 2.37 \pm 1.98, respetivamente).

Aos 3 meses após o início dos tratamentos, na avaliação de *follow-up* (T3), foi o subgrupo de dor neuropática que reportou níveis de intensidade da dor ligeiramente superiores, com um valor médio de 3.00 (\pm 2.55), seguido pelos subgrupos de dor nociceptiva (2.74 \pm 1.94) e mista (2.71 \pm 1.25), com valores médios de intensidade da dor mais baixos, mas próximos entre si.

3.3.2 Incapacidade Funcional

CAPACIDADE FUNCIONAL			
Momentos de Avaliação	Subgrupos	Média (\pm Desvio Padrão)	Diferenças inter-grupos (Valor <i>p</i>)
Avaliação Intermédia (T1)	Nocetivo	20.17 (\pm 13.64)	0.418
	Neuropático	27.80 (\pm 8.79)	
	Misto*	19.43 (\pm 10.33)	
Avaliação Final (T2)	Nocetivo*	15.39 (\pm 12.70)	0.184
	Neuropático	24.00 (\pm 11.18)	
	Misto	14.86 (\pm 12.43)	
<i>Follow-up</i> (T3)	Nocetivo*	16.56 (\pm 14.95)	0.508
	Neuropático	29.80 (\pm 22.95)	
	Misto	14.57 (\pm 12.53)	

Tabela 7 - Resultados do teste Kruskal-Wallis relativos às diferenças na incapacidade funcional inter-grupos, nos diferentes momentos de avaliação.

*As variáveis apresentam distribuição normal.

De acordo com os resultados obtidos através do teste Kruskal-Wallis (Tabela 7), verificou-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas inter-grupos, ao nível da incapacidade funcional, em nenhum dos momentos de avaliação. Às 4 semanas após o início da intervenção os resultados revelaram um valor $p=0.418$, no final da intervenção um valor $p=0.184$, e no momento de *follow-up* um valor $p=0.508$. Contudo, apesar de não existirem diferenças significativas, o subgrupo de dor neuropática reportou níveis mais elevados de incapacidade, em todos os momentos de avaliação, relativamente aos restantes subgrupos.

Na avaliação intermédia, 4 semanas após o início da intervenção de fisioterapia, os resultados foram de encontro aos valores reportados na *baseline*, uma vez que o subgrupo de dor neuropática manteve os níveis mais elevados de incapacidade funcional (27.80 ± 8.79), comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva (20.17 ± 13.64) e dor mista (19.43 ± 10.33).

No final da intervenção a tendência manteve-se, com o subgrupo de dor neuropática a demonstrar níveis superiores de incapacidade (24.00 ± 11.18), seguido pelos subgrupos de dor nociceptiva (15.39 ± 12.70) e mista (14.86 ± 12.43). Aos 3 meses após o início da intervenção (*follow-up*), os níveis de incapacidade funcional verificaram-se igualmente superiores no subgrupo de dor neuropática (29.80 ± 22.95), comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva (16.56 ± 14.95) e mista (14.57 ± 12.53).

3.3.3 Perceção Global de Melhoria

PERCEÇÃO GLOBAL DE MELHORIA					
Momentos de Avaliação		Subgrupos			Diferenças inter-grupos (valor p)
		Nociceptivo n (%)	Neuropático n (%)	Misto n (%)	
Avaliação Intermédia (T1)	Sucesso	16 (70%)	2 (33.4%)	3 (62.5%)	0.336
	Insucesso	7 (30%)	4 (66.6%)	5 (37.5%)	
Avaliação Final (T2)	Sucesso	21 (84%)	5 (83.3%)	6 (75%)	0.929
	Insucesso	4 (16%)	1 (16.7%)	2 (25%)	
Follow-up (T3)	Sucesso	14 (73.7%)	4 (80%)	6 (75%)	0.772
	Insucesso	5 (26.3%)	1 (20%)	2 (25%)	

Tabela 8 - Resultados do teste Qui-Quadrado relativos às diferenças na perceção global de melhoria, entre os subgrupos, nos diferentes momentos de avaliação

No que respeita à perceção global de melhoria, a Tabela 8 mostra os resultados obtidos através do teste Qui-Quadrado, relativos às diferenças inter-grupos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no referido *outcome*, nos vários momentos de avaliação, nomeadamente na avaliação intermédia ($p=0.336$), na avaliação final ($p=0.929$) e no *follow-up* aos 3 meses ($p=0.772$).

No entanto, apesar de não se verificarem diferenças inter-grupos, na avaliação intermédia, a maior proporção de indivíduos que atingiu os critérios de sucesso verificou-se no subgrupo de dor nociceptiva (70%), seguido pelo subgrupo de dor neuropática (33.4%) e mista (62.5%). No final da intervenção, as proporções de indivíduos que atingiram os critérios de sucesso apresentaram valores muito próximos entre os três grupos, apesar do subgrupo de dor nociceptiva manter uma percentagem ligeiramente superior (84%) aos restantes.

Por outro lado, no momento de *follow-up*, a proporção de indivíduos que atingiu os critérios de sucesso foi semelhante entre os três grupos. Embora o subgrupo de dor neuropática tenha demonstrado uma percentagem ligeiramente superior (80%), o subgrupo de dor nociceptiva e mista revelaram percentagens de sucesso muito próximas, nomeadamente, 73.7% no subgrupo de dor nociceptiva e 75% no subgrupo de dor mista.

3.4 Comparação das variáveis intra-grupo, nos diferentes momentos de avaliação

3.4.1 Intensidade da dor

INTENSIDADE DA DOR						
Subgrupos	Estatística de Teste		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Follow-up
	χ^2	Valor p				
Nociceptivo	30.760	0.001	6.21 (\pm 1.69)	2.79 (\pm 1.65)	2.37 (\pm 1.98)	2.74 (\pm 1.94)
Misto	14.169	0.003	6.00 (\pm 1.00)	4.29 (\pm 0.95)	3.14 (\pm 2.27)	2.71 (\pm 1.25)
Neuropático	10.957	0.012	7.00 (\pm 1.00)	4.00 (\pm 1.23)	2.60 (\pm 1.52)	3.00 (\pm 2.55)

Tabela 9 - Resultados do teste ANOVA de Friedman relativos às diferenças intra-grupo na intensidade da dor, nos diferentes momentos de avaliação

Os resultados obtidos através do teste ANOVA de Friedman (Tabela 9), verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas intra-grupo, ao nível da intensidade da dor, ao longo dos diferentes momentos de avaliação. De acordo com a análise realizada observou-se um valor $p=0.001$ ($\chi^2=30.760$) no subgrupo de dor nociceptiva, um valor $p=0.012$ ($\chi^2=10.957$) no subgrupo de dor neuropática, e um valor $p=0.003$ ($\chi^2=14.169$) no subgrupo de dor mista.

Todos os subgrupos evoluíram favoravelmente, diminuindo, em média, a intensidade da dor ao longo dos diferentes momentos de avaliação, com exceção do momento da avaliação final para o momento de *follow-up*, em que os subgrupos de dor nociceptiva e neuropática registaram um

ligeiro aumento nos valores de intensidade da dor (2.37 ± 1.98 para 2.74 ± 1.94 , e 2.60 ± 1.52 para 3.00 ± 2.55 , respetivamente).

Considerando os valores médios de intensidade da dor na avaliação inicial, 4 semanas após o início da intervenção de fisioterapia, o subgrupo de dor nociceptiva foi o que registou uma diminuição superior, reduzindo a intensidade da dor de $6.21 (\pm 1.69)$ para $2.79 (\pm 1.65)$. Por outro lado, no final do período de intervenção (avaliação final) foi o subgrupo de dor neuropática que demonstrou uma diminuição superior, considerando os valores da avaliação inicial, diminuindo a intensidade da dor de $7.00 (\pm 1.00)$ para $2.60 (\pm 1.52)$. Com a mesma tendência, 3 meses após o início da intervenção (*follow-up*), verificou-se igualmente que o subgrupo de dor neuropática reportou uma diminuição superior, comparativamente aos restantes subgrupos, diminuindo a intensidade da dor de $7.00 (\pm 1.00)$, na avaliação inicial, para $3.00 (\pm 2.55)$ no *follow-up*.

Embora se tenham observado diferenças estatisticamente significativas intra-grupo ao longo dos diferentes *outcomes*, de forma a identificar que pares de médias diferem estatisticamente entre si, recorreu-se à comparação múltipla de médias, para os diferentes subgrupos, tendo-se obtido os resultados apresentados nas seguintes tabelas:

Dor Nociceptiva				
Avaliação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Valor p	Valor p (Ajustado)
Final - <i>Follow-up</i>	- 0.211	0.419	0.615	1.000
Final – Intermédia	0.342	0.419	0.414	1.000
Final – Inicial	1.868	0.419	0.001	0.001
<i>Follow-up</i> – Intermédia	0.132	0.419	0.753	1.000
<i>Follow-up</i> – Inicial	1.658	0.419	0.001	0.001
Intermédia – Inicial	1.526	0.419	0.001	0.002

Tabela 10 - Resultados relativos à comparação múltipla de médias, no subgrupo de dor nociceptiva

Dor Mista				
Avaliação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Valor p	Valor p (Ajustado)
Final - <i>Follow-up</i>	0.143	0.690	0.836	1.000

Final - Intermédia	0.929	0.690	0.178	1.000
Final - Inicial	2.071	0.690	0.003	0.016
<i>Follow-up</i> - Intermédia	1.071	0.690	0.121	0.723
<i>Follow-up</i> - Inicial	2.214	0.690	0.001	0.008
Intermédia – Inicial	1.143	0.690	0.098	0.586

Tabela 11 - Resultados relativos à comparação múltipla de médias, no subgrupo de dor mista

Dor Neuropática				
Avaliação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Valor p	Valor p (Ajustado)
Final - <i>Follow-up</i>	- 0.400	0.816	0.624	1.000
Final - Intermédia	1.200	0.816	0.142	0.850
Final - Inicial	2.400	0.816	0.003	0.020
<i>Follow-up</i> - Intermédia	0.800	0.816	0.327	1.000
<i>Follow-up</i> - Inicial	2.000	0.816	0.014	0.086
Intermédia – Inicial	1.200	0.816	0.142	0.850

Tabela 12 - Resultados relativos à comparação múltipla de médias, no subgrupo de dor neuropática

Dos resultados obtidos desta análise, no subgrupo de dor nociceptiva, verificou-se que as diferenças estatisticamente significativas ocorreram na diferença de médias entre a avaliação final e inicial ($p=0.001$), *follow-up* e avaliação inicial ($p=0.001$), e avaliação intermédia e avaliação inicial ($p=0.001$). No subgrupo de dor mista, as diferenças de médias apenas se verificaram estatisticamente significativas entre a avaliação final e inicial ($p=0.003$), e entre a avaliação de *follow-up* e avaliação inicial ($p=0.001$). Os resultados relativos ao subgrupo de dor neuropático foram coincidentes com o subgrupo de dor mista, uma vez que as diferenças estatisticamente significativas se observaram na diferença de médias entre a avaliação final e inicial ($p=0.003$) e entre o momento de *follow-up* e avaliação inicial ($p=0.014$).

Considerando os resultados obtidos, verificou-se que os 3 subgrupos apresentaram em comum, diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação final e inicial e entre o momento de *follow-up* e a avaliação inicial.

3.4.2 Incapacidade Funcional

INCAPACIDADE FUNCIONAL						
Subgrupos	Estatística de Teste		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	Follow-up
	X ²	Valor p				
Nociceptivo	26.858	0.001	34.67 (± 13.55)	20.17 (± 13.64)	15.39 (± 12.70)	16.56 (± 14.95)
Misto	7.324	0.062	29.71 (± 9.86)	19.43 (± 10.33)	14.86 (± 12.43)	14.57 (± 12.53)
Neuropático	10.347	0.016	50.20 (± 15.12)	27.80 (± 8.79)	24.00 (± 11.18)	29.80 (± 22.95)

Tabela 13 - Resultados do teste ANOVA de Friedman relativos às diferenças intra-grupo na incapacidade funcional, nos diferentes momentos de avaliação

Os resultados obtidos através do teste ANOVA de Friedman (Tabela 13) relativos à incapacidade funcional permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas intra-grupo, nomeadamente, no subgrupo de dor nociceptiva ($p=0.001$; $X^2_F=26.858$) e no subgrupo de dor neuropática ($p=0.016$; $X^2_F=10.347$).

Considerando os valores reportados pelos participantes na avaliação inicial, todos os subgrupos evoluíram positivamente ao longo dos diferentes momentos de avaliação, diminuindo os níveis de incapacidade funcional, com particular exceção no período entre a avaliação final e o período de *follow-up*, em que os subgrupos de dor nociceptiva e neuropática demonstraram uma ligeira regressão nos níveis de incapacidade funcional (15.39 ± 12.70 para 16.56 ± 14.95 e 24.00 ± 11.18 para 29.80 ± 22.95 , respetivamente).

Na comparação dos valores reportados na *baseline* com os valores da avaliação final, a evolução mais expressiva verificou-se no subgrupo de dor neuropática, numa redução dos níveis de incapacidade de $50.20 (\pm 15.12)$ para $24.00 (\pm 11.18)$. Nos restantes subgrupos, as diferenças foram menores, no subgrupo de dor mista verificou-se uma diminuição dos níveis de incapacidade de $29.71 (\pm 9.86)$ para $14.86 (\pm 12.43)$, e no subgrupo de dor nociceptiva de $34.67 (\pm 13.55)$ para $15.39 (\pm 12.70)$.

Se analisarmos os valores reportados no momento de *follow-up* comparativamente aos valores da avaliação inicial, a tendência manteve-se, com o subgrupo de dor neuropática a

demonstrar uma evolução superior aos restantes, diminuindo os valores de incapacidade funcional de 34.67 (± 13.55) para 16.56 (± 14.95).

Nos subgrupos em que se verificaram existir diferenças significativas recorreu-se à comparação múltipla de médias, para os diferentes subgrupos, de modo a identificar em que pares de médias ocorreram essas diferenças. As Tabelas seguintes apresentam os resultados obtidos:

Dor Nociceptiva				
Avaliação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Valor p	Valor p (Ajustado)
Final - <i>Follow-up</i>	0.000	0.430	1.000	1.000
Final - Intermédia	0.806	0.430	0.061	0.367
Final - Inicial	1.861	0.430	0.001	0.001
<i>Follow-up</i> - Intermédia	0.806	0.430	0.061	0.367
<i>Follow-up</i> - Inicial	1.861	0.430	0.001	0.001
Intermédia – Inicial	1.056	0.430	0.014	0.085

Tabela 14 - Resultados relativos à comparação múltipla de médias, no subgrupo de dor nociceptiva

Dor Neuropática				
Avaliação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Valor p	Valor p (Ajustado)
Final - <i>Follow-up</i>	-0.800	0.816	0.327	1.000
Final - Intermédia	0.700	0.816	0.391	1.000
Final - Inicial	2.500	0.816	0.002	0.013
<i>Follow-up</i> - Intermédia	-0.100	0.816	0.903	1.000
<i>Follow-up</i> - Inicial	1.800	0.816	0.027	0.165
Intermédia – Inicial	1.700	0.816	0.037	0.224

Tabela 15 - Resultados relativos à comparação múltipla de médias, no subgrupo de dor neuropática

De acordo com os resultados obtidos, no subgrupo de dor nociceptiva, verificou-se que as diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre a avaliação final e inicial ($p=0.001$), avaliação intermédia e inicial ($p=0.014$), e entre o *follow-up* e avaliação inicial ($p=0.001$).

No subgrupo de dor neuropática os resultados foram coincidentes, tendo-se verificado que as diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre o momento de avaliação final e inicial ($p=0.002$), avaliação intermédia e inicial ($p=0.037$), e entre o *follow-up* e a avaliação inicial ($p=0.027$).

3.4.3 Percepção Global de Melhoria

PERCEÇÃO GLOBAL DE MELHORIA						
Subgrupos		Avaliação Intermédia n (%)	Avaliação Final n (%)	Follow-up n (%)	Estatística de Teste	
					Cochran's Q	Valor p
Nociceptivo	Sucesso	12 (66.6%)	14 (77.7%)	14 (77.7%)	2.000	0.368
	Insucesso	6 (33.3%)	4 (22.2%)	4 (22.2%)		
Misto	Sucesso	3 (37.5%)	6 (75%)	6 (75%)	3.600	0.165
	Insucesso	5 (62.5%)	2 (25%)	2 (25%)		
Neuropático	Sucesso	2 (40%)	5 (83.3%)	4 (80%)	4.000	0.135
	Insucesso	3 (60%)	1 (16.6%)	1 (20%)		

Tabela 16 - Resultados do teste Q de Cochran, relativos às diferenças intra-grupo na percepção global de melhoria, nos diferentes momentos de avaliação

No que respeita à percepção global de melhoria intra-grupo, os resultados obtidos através do teste Q de Cochran (Tabela 16) permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas, ao longo dos diferentes momentos de avaliação, nos 3 subgrupos (dor nociceptiva: $p=0.368$; $X^2=2.000$, neuropática $p=0.135$; $X^2=4.000$ e mista $p=0.003$; $X^2=3.600$).

Porém, embora não se verifiquem diferenças significativas, na avaliação intermédia, a percentagem de participantes a obter uma melhoria de, pelo menos, 3 pontos na GBRS-PT foi de 66% (N=12) no subgrupo de dor nociceptiva, 37.5% (N=3) no subgrupo de dor mista, e 40% (N=2) no subgrupo de dor neuropática. No final da intervenção, as percentagens de sucesso aumentaram em todos os subgrupos, comparativamente ao momento de avaliação às 4 semanas, verificando-se que 77.7% (N=14) dos indivíduos com dor nociceptiva, 75% (N=6) com dor mista e 83.3% (N=5) com dor neuropática percecionaram uma melhoria significativa. Por outro lado, no *follow-up* aos 3 meses, a percentagem de sucesso manteve-se igual nos subgrupos nociceptivo e misto, tendo diminuído ligeiramente no subgrupo de dor neuropática (80%), em comparação com a avaliação no final da intervenção (83.3%).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizou-se um estudo de coorte prospectivo que teve como objetivo verificar a influência dos mecanismos de produção de dor subjacentes à DLC, na intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria, em resposta à intervenção multimodal de fisioterapia. Até à data, apenas foi realizado um estudo que considerou a possível relação destes mecanismos (nociceptivo, neuropático e misto) nas respostas ao tratamento de fisioterapia, o qual comparou indivíduos com dor e nociceptiva e neuropática, em diferentes momentos de avaliação (Morsø et al., 2011).

Num momento inicial, os participantes em estudo (n=40) foram categorizados, em função dos mecanismos de dor predominante, tendo-se verificado que 65% (n=26) apresentou dor de predomínio nociceptivo, 15% (n=6) predomínio neuropático e 20% (n=8) predomínio misto. Os resultados vão de encontro à literatura que suporta que a maioria dos indivíduos com DLC apresenta predominantemente características nociceptivas. Estes dados verificaram-se no estudo de Morso et al. (2011), que contou com uma amostra de 145 participantes, dos quais 53.1% (n=77) apresentava dor de predomínio nociceptivo, 19.3% (n=28) dor neuropática, e 26.2% (n=40) dor de padrão misto. Concordante com os resultados obtidos, também no estudo de Beith et al. (2011), verificou-se que dos 331 participantes em estudo, 57% (n=190) apresentava dor de predomínio nociceptivo e 15% (n=49) dor de predomínio neuropático. No entanto, a predominância da componente nociceptiva não se verificou no estudo de Freynhagen et al. (2006), que numa primeira pesquisa epidemiológica classificou os participantes em função dos mecanismos de dor predominante, tendo-se verificado que dos 7772 participantes, 35.3% (n=2743) apresentava dor nociceptiva, 37.0% (n=2876) dor neuropática, e 27.7% (n=2153) dor de padrão misto.

No que respeita às características na *baseline*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ao nível da intensidade da dor, entre os 3 subgrupos ($p=0.373$), embora se tenha verificado níveis de intensidade da dor superiores no subgrupo de dor neuropática (7.00 ± 0.89), comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva (6.38 ± 1.79), e dor de padrão misto (6.00 ± 0.93). Os dados vão de encontro ao estudo de Beith et al. (2011), no qual foram caracterizados os perfis clínicos dos participantes com dor nociceptiva e neuropática, tendo-se verificado que o segundo grupo reporta níveis mais elevados de intensidade da dor pré-intervenção. No estudo de Morso et al. (2011), os indivíduos com dor de predomínio neuropático também reportaram níveis mais elevados de intensidade da dor na *baseline* (Mediana- 7.0 IQR: 5.0-8.8), comparativamente aos indivíduos com dor de predomínio nociceptivo (Mediana- 6.0;

IQR:4.0-7.0), tendo as diferenças inter-grupos demonstrado ser estatisticamente significativas ($p=0.012$). Também no estudo de Sphar et al (2017), os resultados permitiram concluir que os indivíduos com dor neuropática reportam, em média, níveis mais elevados de intensidade da dor quando comparados a indivíduos com dor nociceptiva (6.88 ± 1.7 vs 4.62 ± 2.06).

No que se refere à incapacidade funcional na *baseline*, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 subgrupos ($p=0.221$), no entanto, o subgrupo de dor neuropática reportou níveis de incapacidade funcional mais elevados (49.33 ± 13.69), comparativamente aos restantes subgrupos. Estes dados demonstram-se concordantes com estudos anteriores, nos quais se verificaram que as características clínicas são menos favoráveis ao sucesso da intervenção nos indivíduos com dor neuropática. Contudo, no que diz respeito à homogeneidade inter-grupos verificada, os resultados divergem dos dados de estudos anteriores, nos quais se verificaram diferenças significativas inter-grupos na *baseline*. No estudo de Beith et al. (2011), verificou-se que os indivíduos com dor de predomínio neuropático reportaram níveis superiores de incapacidade funcional comparativamente aos indivíduos com dor nociceptiva (13.3 ± 0.7 vs 7.5 ± 0.4 , respetivamente), tendo as diferenças demonstrado ser estatisticamente significativas ($p<0.001$). Da mesma maneira, no estudo de Morso et al. (2011) verificou-se igualmente níveis superiores de incapacidade funcional, na *baseline*, no subgrupo de dor neuropática comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva, com as diferenças entre os subgrupos a demonstrarem ser estatisticamente significativas ($p=0.001$).

Os resultados das avaliações inter-grupos revelam não existirem diferenças estatisticamente significativas, em nenhum dos momentos de avaliação, nos *outcomes* considerados ($p<0.05$). Comparando com os resultados obtidos no estudo de Morso et al. (2011), que avaliou os participantes dos subgrupos de dor nociceptiva e neuropática aos 3 meses após o início da intervenção, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas inter-grupos ao nível da intensidade da dor ($p=0.054$). Apesar de não se verificarem diferenças inter-grupos, nos momentos de avaliação às 4 semanas e 8 semanas após o início da intervenção, verificou-se que os participantes com dor de padrão misto reportaram níveis mais elevados de dor (4.29 ± 0.95), em relação aos restantes, sendo que esta diferença não se manteve no momento de *follow-up* aos 3 meses, no qual os níveis mais elevados de intensidade de dor se verificaram no subgrupo de dor neuropática (3.00 ± 2.55).

Relativamente à incapacidade funcional, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas inter-grupos na *baseline*, em todos os momentos de avaliação o subgrupo de dor neuropática reportou níveis de incapacidade mais elevados que os restantes (27.80 ± 8.79). Por outro lado, o subgrupo de dor de padrão misto reportou, em todas as avaliações, níveis ligeiramente abaixo dos restantes subgrupos (19.43 ± 10.33). No estudo de Morso et al. (2011), também se verificou, na avaliação aos 3 meses, que os participantes do subgrupo de dor neuropática reportaram valores superiores de incapacidade comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva, sendo as diferenças inter-grupos estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

Relativamente à percepção global de melhoria, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas inter-grupos ($p > 0.05$ em todas as avaliações). Nos momentos de avaliação às 4 semanas e 8 semanas após o início da intervenção, os participantes do subgrupo de dor nociceptiva foram, entre os 3 subgrupos, os que mais perceberam uma melhoria clínica, em que 70% atingiu os critérios de sucesso às 4 semanas e 84% às 8 semanas. Por outro lado, no momento de *follow-up* aos 3 meses, foram os participantes do subgrupo de dor neuropática que atingiram uma percentagem superior dos critérios de sucesso (80%). Nos estudos realizados até à data, este *outcome* não foi considerado nas avaliações, pelo que não permite analisar se os dados vão ao encontro de estudos anteriores.

Os resultados das avaliações intra-grupo revelaram diferenças estatisticamente significativas, em todos os subgrupos, no que se refere à intensidade da dor, e em dois dos subgrupos (nociceptivo e neuropático), no que respeita à incapacidade funcional.

Ao nível da intensidade da dor, a comparação múltipla de médias permitiu verificar que os 3 subgrupos apresentam em comum diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação final e inicial, e *follow-up* e avaliação inicial. Comparando a intensidade da dor na *baseline* com os valores reportados na avaliação final, verificou-se uma melhoria mais acentuada no subgrupo de dor neuropática, reduzindo a intensidade da dor de 7.00 ± 1.00 para 2.60 ± 1.52 , respetivamente. Se analisarmos os valores reportados no momento de *follow-up* e comparando com os dados da avaliação intermédia, verificamos que o subgrupo nociceptivo foi o que mais diminuiu a intensidade da dor entre os dois momentos de avaliação. Os resultados não permitem ser comparados com o estudo realizado por Morso et al. (2011), uma vez que os autores não consideraram a avaliação a este nível (intra-grupo).

Na incapacidade funcional, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no subgrupo de dor nociceptiva ($p = 0.001$) e neuropática ($p = 0.016$). A comparação

múltipla de médias permite-nos concluir que nos dois subgrupos, as diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre o momento de avaliação final e inicial, avaliação intermédia e inicial, e entre o momento de *follow-up* e a avaliação inicial. Ao comparar os valores da *baseline* com os valores reportados na avaliação final, verificou-se que o subgrupo de dor neuropática foi o que registou uma diminuição diminui mais expressiva entre os dois momentos de avaliação (50.20 ± 15.12 para 14.86 ± 12.43 , respetivamente), comparativamente aos restantes subgrupos de dor nociceptiva (34.67 ± 13.55 para 15.39 ± 12.70) e dor mista (29.71 ± 9.86 para 14.86 ± 12.43). Os resultados mantiveram-se semelhantes na avaliação de *follow-up*, no qual os participantes com dor neuropática reportaram uma diferença superior aos restantes subgrupos. Pela falta de estudos que comparem as diferenças em cada subgrupo ao longo do tempo, não permite comparar os resultados obtidos.

Relativamente à perceção global as diferenças não foram estatisticamente significativas em nenhum dos subgrupos ($p > 0.05$). Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significas, a percentagem de utentes que percecionou uma melhoria clínica aumentou, consideravelmente, entre a avaliação às 4 semanas e 8 semanas após o início da intervenção, com destaque para o subgrupo de dor neuropática, no qual se verificou um aumento de 40% para 80% no atingimentos dos critérios de sucesso, entre os dois momentos de avaliação. Entre o final da intervenção e o momento de *follow-up*, nos subgrupos de dor nociceptiva e dor de padrão misto as percentagens de sucesso permaneceram iguais, e no subgrupo de dor neuropático ocorreu uma ligeira diminuição de 83.3% para 80%.

Quanto às características sociodemográficas na *baseline*, os subgrupos demonstraram ser semelhantes, à exceção das variáveis idade ($p = 0.034$), estado civil ($p = 0.047$) e situação profissional ($p = 0.013$). Nos três subgrupos, a percentagem de participantes do género feminino foi sempre superior ao género masculino, o que vai de encontro à literatura existente que refere que a prevalência de DLC é superior no género feminino (Dunn, Jordan, & Croft, 2006; Meucci, Fassa, & Xavier Faria, 2015). No entanto, o mesmo não se verificou no estudo de Hiyama et al. (2015), que se centrou na caracterização dos perfis clínicos dos indivíduos com dor nociceptiva e neuropática, uma vez que a amostra nos dois subgrupos foi constituída maioritariamente por indivíduos do género masculino.

No que concerne às habilitações literárias, 77% ($n = 20$) do subgrupo nociceptivo, 50% ($n = 4$) do subgrupo misto, e 66.6% ($n = 4$) do subgrupo neuropático, demonstraram ter o ensino secundário ou superior. No estudo de Santos & Cruz (2017), cujo o objetivo principal foi estudar a fiabilidade e a validade de constructo do questionário PainDetect, também se verificou que a

maioria dos participantes nos três subgrupos tinham o ensino secundário ou superior (Nociceptivo: 67,9%; n=38, Neuropático: 61,9% (n=13), e Misto: 76% (n=19).

As características que apresentaram diferenças significativas entre os subgrupos, verificou-se que a média de idades dos participantes em estudo foi semelhante no subgrupo de dor nociceptiva (45.08 ± 12.04) e neuropática (43.00 ± 7.98), e ligeiramente superior no subgrupo de dor mista (56.00 ± 6.16). No estudo de Hiyama et al. (2015), também se verificou uma média de idades ligeiramente superior no subgrupo de dor neuropática (57.3 ± 14.9), comparativamente ao subgrupo de dor nociceptiva (53.5 ± 16.9). Relativamente à situação profissional, os resultados permitem concluir que no subgrupo de dor nociceptiva e neuropática a maioria dos utentes mantém a atividade profissional (76.9% e 66.7%, respetivamente), enquanto que o no subgrupo de dor mista a maior percentagem (50%) de indivíduos já se encontrava reformados, pelo que difere dos resultados encontrados em estudos anteriores, nos quais mais de 70% dos indivíduos de cada subgrupo mantinham-se ativos na atividade profissional (Santos & Cruz, 2017).

Ao analisar as características clínicas dos subgrupos permite-nos perceber nos 3 subgrupos a duração de DLC foi superior a 24 meses, e apenas no subgrupo de dor nociceptiva é que os indivíduos não reportaram sintomas de irradiação para o membro inferior. No estudo de Morso et al. (2011), no qual se avaliou a capacidade do questionário PainDetect prever os outcomes aos 3 e 12 meses após intervenção multimodal de fisioterapia, verificou-se que a maioria dos participantes com dor neuropática apresentavam irradiação para o membro inferior, enquanto que no subgrupo de dor não-neuropática a maioria não apresentava dor irradiada. Também os resultados do estudo de Santos & Cruz (2017), verificaram que a totalidade dos participantes com dor neuropática e 76% dos participantes com dor mista, reportaram ter irradiação para o membro inferior, enquanto que os indivíduos com dor mista, menos de metade reporta de sintomas de irradiação.

No que respeita à toma de medicação para a DLC, os indivíduos com dor neuropática são os que mais recorrem (83.3%) a medicação para a sua dor. Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo de Santos & Cruz (2017), no qual o recurso a medicação foi igualmente superior no subgrupo de dor neuropática (56.5%). Concordante com estes dados, também no estudo de Morso et al. (2011) verificou-se que a percentagem de indivíduos a recorrer a medicação foi mais elevada no grupo de dor neuropática (75%), comparativamente ao grupo de dor não neuropática (52%).

5. CONCLUSÃO

Apesar da literatura apontar para a importância de perceber se utentes com diferentes mecanismos de dor respondem de forma diferente à intervenção de fisioterapia, até à data, existem poucos estudos realizados neste âmbito. Neste sentido, os resultados do presente estudo pretendem contribuir para o aumento do conhecimento relativo à influência dos mecanismos de produção de dor subjacentes à DLCNE na resposta à intervenção de fisioterapia, ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção global de melhoria.

Os resultados parecem ir de encontro a literatura existente que sugere que a DLCNE é uma condição heterogênea, em que o mecanismo de produção de dor subjacente parece ser nociceptivo. Por outro lado, estes resultados também reforçam a literatura que sugere que os utentes com dor de predomínio neuropático apresentam características clínicas pré-intervenção menos favoráveis ao sucesso da mesma, nomeadamente níveis mais elevados de intensidade da dor e incapacidade funcional.

Para além deste aspeto, os resultados também indicam que independentemente do mecanismo de dor predominante, os indivíduos com DLCNE parecem responder favoravelmente ao longo do tempo, diminuindo os níveis de dor e incapacidade funcional. Outro aspeto importante está relacionado com percepção dos utentes relativamente à sua melhoria clínica. Os resultados sugerem que a percepção de melhoria aumenta em momentos mais próximos do final da intervenção, embora as diferenças entre os diferentes momentos de avaliação não se tenham revelado estatisticamente significativas.

No entanto, os resultados devem ser analisados com alguma precaução, atendendo ao reduzido número da amostra em estudo. Dessa forma, poderá ser relevante, a realização de estudos futuros com amostras superiores, e com recurso a mais momentos de avaliação, de forma a perceber se as características iniciais dos indivíduos com DLCNE permitem antever respostas de intervenção mais ou menos favoráveis.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegri, M., Montella, S., Salici, F., Valente, A., Marchesini, M., Compagnone, C., ... Fanelli, G. (2016). Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. *F1000Research*, 5(0), 1530. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8105.1>
- Artus, M., van der Windt, D., Jordan, K., & Croft, P. (2014). The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC Musculoskeletal Disord*, 15(1), 68. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/68>
- Beith, I. D., Kemp, A., Kenyon, J., Prout, M., & Chestnut, T. J. (2011). Identifying neuropathic back and leg pain: A cross-sectional study. *Pain*, 152(7), 1511–1516. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.02.033>
- Cassidy, J. D., Côté, P., Carroll, L. J., & Kristman, V. (2005). Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine*, 30(24), 2817–2823. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000190448.69091.53>
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. d. L. M. (2010). The Pain Proposal: A Dor Crónica em Portugal
- Deyo, R. A., Dworkin, S. F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., ... Korff, M. Von. (2015). ProfessionWatch : Reprint Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic, 95(2), 569–585. <https://doi.org/10.2522/ptj.2015.95.2.e1>
- Dunn, K. M., Jordan, K., & Croft, P. R. (2006). Characterizing the course of low back pain: A latent class analysis. *American Journal of Epidemiology*, 163(8), 754–761. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj100>
- Ferguson, P., Joseph, P., & Sherman, S. (2015). VALIDITY AND SENSITIVITY OF 6 PAIN SCALES IN CRITICALLY ILL, INTUBATED ADULTS, 24(6), 514–524.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>
- Freitas, P., & Cruz, E. B. (2017). Avaliação da Relevância Clínica das Mudanças na Pontuação da Global Back Recovery Scale.
- Freyenhagen, R., Baron, R., Gockel, U., & Tölle, T. R. (2006). pain *DETECT*: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion*, 22(10), 1911–1920. <https://doi.org/10.1185/030079906X132488>
- George, S. Z., & Beneciuk, J. M. (2015). Psychological predictors of recovery from low back pain: A prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0509-2>
- Good, M., Stiller, C., Zauszniewski, J. A., Anderson, G. C., Stanton-Hicks, M., & Grass, J. A. (2011). Sensation and Distress of Pain Scales: reliability, validity, and sensitivity. *J Nurs Meas*, 9(3), 219-238
- Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhão, H., & Branco, J. C. (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 36(2), 183–197. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>
- Harrisson, S. A., Stynes, S., Dunn, K. M., & Foster, N. E. (2017). Neuropathic pain in low back-related leg pain patients: What is the evidence of prevalence, characteristics, and prognosis in primary care? A systematic review of the literature. *Journal of Pain*.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.04.012>

- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., & Manniche, C. (2003). Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*, 12(2), 149–165. <https://doi.org/10.1007/s00586-002-0508-5>
- Hidalgo, B., Detrembleur, C., Hall, T., Mahaudens, P., & Nielens, H. (2014). The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 22(2), 59–74. <https://doi.org/10.1179/2042618613Y.0000000041>
- Hiyama, A., Watanabe, M., Katoh, H., Sato, M., Sakai, D., & Mochida, J. (2015). Evaluation of quality of life and neuropathic pain in patients with low back pain using the Japanese Orthopedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire. *European Spine Journal*, 24(3), 503–512. <https://doi.org/10.1007/s00586-014-3723-y>
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002>
- Hush, J. M., Kamper, S. J., Stanton, T. R., Ostelo, R., & Refshauge, K. M. (2012). Standardized measurement of recovery from nonspecific back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 849–855. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.11.035>
- Itz, C. J., Geurts, J. W., Van Kleef, M., & Nelemans, P. (2013). Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 17(1), 5–15. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x>
- Jones, L. D., Pandit, H., & Lavy, C. (2014). Back pain in the elderly: A review. *Maturitas*, 78(4), 258–262. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.004>
- Kamper, S. J., Maher, C. G., & Mackay, G. (2009). Global Rating of Change Scales : A Review of strengths and weaknesses and Considerations for Design, 17(3), 163–170.
- Kislaya, I., & Neto, M. (2017). Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Doenças Não Transmissíveis*, 9, 39–42. Retrieved from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4766/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo8.pdf
- Kleinstu, F., Dvorak, J., & Mannion, A. F. (2006). Are “ Structural Abnormalities ” on Magnetic Resonance Imaging a Contraindication to the Successful Conservative Treatment of Chronic Nonspecific Low Back Pain ?, 31(19), 2250–2257.
- Kongsted, A., Kent, P., Axen, I., Downie, A. S., & Dunn, K. M. (2016). What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1071-2>
- Kopec, Esdaile, J. M., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood-Dauphinee, S., Lamping, D. L., & Williams, J. I. (1995). The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine*. <https://doi.org/PMID: 7732471> [PubMed - indexed for MEDLINE]

- Macedo, L. G., Maher, C. G., Latimer, J., McAuley, J. H., Hodges, P. W., & Rogers, W. T. (2014). Nature and Determinants of the Course of Chronic Low Back Pain Over a 12-Month Period: A Cluster Analysis. *Physical Therapy*, 94(2), 210–221. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120416>
- Mannion, A. F., Balagué, F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2007). Pain measurement in patients with low back pain. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 3(11), 610–618. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0646>
- Meucci, R. D., Fassa, A. G., & Xavier Faria, N. M. (2015). Prevalence of chronic low back pain: Systematic review. *Revista de Saude Publica*, 49, 1–10. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>
- Monjardino, T., Lucas, R., & Barros, H. (2011). Frequency of rheumatic diseases in Portugal: a Systematic Review. *Acta Reumatológica Portuguesa*.
- Morsø, L., Kent, P. M., & Albert, H. B. (2011). Are self-reported pain characteristics, classified using the PainDETECT questionnaire, predictive of outcome in people with low back pain and associated leg pain? *The Clinical Journal of Pain*, 27(6), 535–541. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318208c941>
- Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korf, M., ... de Vet, H. C. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e3a10>
- Santos, A., & Cruz, E. (2017). Fiabilidade e Validade de Constructo da Pain DETECT Questionnaire, 83. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/19752>
- Spahr, N., Hodkinson, D., Jolly, K., Williams, S., Howard, M., & Thacker, M. (2017). Distinguishing between nociceptive and neuropathic components in chronic low back pain using behavioural evaluation and sensory examination. *Musculoskeletal Science and Practice*, 27, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2016.12.006>
- Verkerk, K., Luijsterburg, P. A., Heymans, M. W., Ronchetti, I., Pool-Goudzwaard, A. L., Miedema, H. S., & Koes, B. W. (2013). Prognosis and course of disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a 5- and 12-month follow-up cohort study. *Physical Therapy*, 93(12), 1603–1614. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130076>
- Verkerk, K., PA, L., Ronchetti, I., HS, M., Pool-Goudzwaard, A., JP, van W., & BW, K. (2011). Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 252. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-252>
- Vieira, A. C., Moniz, S., Fernandes, R., Carnide, F., & Cruz, E. B. (2014). Responsiveness and Interpretability of the Portuguese Version of the Quebec Back Pain Disability Scale in Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine*, 39(5), E346–E352. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000159>
- Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T., & Schweikert, B. (2009). Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain*, 13(3), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.005>

7. APÊNDICES

Apêndice 1. Ficha Informativa para Participantes

Apêndice 2. Consentimento Informado para Participantes

Apêndice 3. Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra

Apêndice 4. Caderno de Instrumentos

Apêndice 5. Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

Apêndice 6. *Output* do SPSS relativo à Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Apêndice 7. *Output* do SPSS relativo à Normalidade das Variáveis em Estudo

Apêndice 8. *Output* do SPSS relativo às Comparações das Variáveis Inter-Grupos e Intra-Grupo

Ficha Informativa para Participantes

Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar neste estudo. Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido e o nível de envolvimento que lhe é pedido. Por favor, utilize o tempo que necessitar para ler a informação que se segue. Poderá falar com outras pessoas sobre este estudo, se o desejar.

Este documento inclui duas partes: a parte 1 apresenta-lhe informação sobre o propósito deste estudo e o nível de envolvimento que lhe será pedido; a parte 2 oferece-lhe informação mais detalhada sobre a forma como o estudo será conduzido.

Se algum aspeto não for claro ou se desejar mais informação por favor não hesite em colocar-nos as suas questões. Utilize o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar neste estudo.

Parte 1 | O propósito do estudo e o nível de envolvimento que lhe é pedido

Qual é a finalidade deste estudo?

A finalidade deste estudo é descrever o curso clínico da Dor Lombar Crónica (DLC), ou seja, a resposta dos utentes ao tratamento realizado. Por um lado, pretende-se saber se a resposta ao tratamento é diferente considerando o tipo de dor predominante nos utentes (neuropática ou nociceptiva) e, por outro, perceber se uma melhoria clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento aumenta a probabilidade de obtenção de um resultado de sucesso a curto e médio-prazo.

Por que fui convidado(a)?

Foi convidada(o) para participar neste estudo por ter diagnóstico de DLC. Nesta condição podem estar presentes diferentes componentes da dor; para além disso, a resposta ao tratamento da Fisioterapia (melhoria/ não melhoria) por parte dos indivíduos com DLC parece ser muito variada. A sua participação irá ajudar-nos a contribuir para um maior conhecimento ao nível das características da DLC e dos resultados deste tratamento, especificamente, no que diz respeito à probabilidade de obtenção de uma resposta de sucesso.

Tenho mesmo que participar?

A decisão de participar é sua. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo desta ficha informativa. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que dar justificação. A sua decisão não afetará o seu futuro tratamento ou os seus direitos de saúde e legais.

O que acontece, se aceitar participar?

Se decidir participar, em primeiro lugar, tem de assinar a declaração de consentimento informado.

O que terei que fazer?

Após a assinatura da declaração de consentimento informado, ser-lhe-á pedido para responder a um conjunto de questionários de autopreenchimento. No início da primeira sessão, preencherá 3 questionários, sendo eles: 1) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica - onde está inserida a Escala Numérica da Dor (END); 2) a versão portuguesa do Questionário *Pain Detect*; 3) a versão portuguesa do Questionário *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS-PT). A partir da segunda semana de tratamento, semanalmente, até à oitava semana ou até ao momento da sua alta, preencherá a END, a QBPDS-PT e a versão portuguesa da escala *Global Back Recovery Scale* (GBRS-PT); na 8ª semana voltará também a preencher a *Pain Detect*. 3 meses após o início da Fisioterapia será contactado via telefónica para o preenchimento destes mesmos instrumentos, à exceção da *Pain Detect* (END; QBPDS-PT e GBRS-PT). Para tal, pedimos que nos permita o acesso ao seu número de telefone.

Quais são as possíveis vantagens em participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. Contudo, a informação retirada do estudo irá permitir-nos conhecer e compreender melhor o curso clínico da condição, as suas características e os seus fatores de prognóstico, o que poderá representar uma mais-valia na prática clínica, uma vez que poderá permitir o desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção mais adequadas e efetivas em indivíduos com Dor Lombar Crónica de origem não-específica. Assim, a sua participação poderá beneficiar, no futuro, pessoas com esta condição, que recorrem aos serviços de Fisioterapia.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se aceitar participar?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação.

E se houver algum problema?

Qualquer queixa que tenha sobre este estudo, sobre a forma como foi abordado(a) ou qualquer dano associado serão considerados. Na parte 2 deste documento, poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Na parte 2 deste documento poderá encontrar mais informação sobre este aspeto.

Se a informação disponibilizada na parte 1 lhe despertou interesse em participar, por favor leia a informação adicional apresentada na parte 2 antes de tomar qualquer decisão.

Parte 2 | A forma como estudo será conduzido

O que acontece se eu não aceitar participar no estudo?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar. Se desistir do estudo, não serão utilizados quaisquer dados que lhe digam respeito. Esta decisão não terá qualquer impacto na sua vida atual ou no futuro.

E se houver algum problema?

Caso exista algum problema no decorrer da recolha de dados/queixa, poderá entrar em contacto com o Coordenador de Curso, através do email (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A minha participação neste estudo será confidencial?

Sim. Serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade. Os seus dados sociodemográficos, clínicos e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos por nós (Carlos Miguens e Inês Santos) numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos. Toda a documentação será armazenada em local seguro apenas acessível aos

investigadores e ao Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O que irá acontecer às informações que eu der sobre mim?

Serão recolhidos dados relativos às suas características sociodemográficas e clínicas. Estes dados serão agregados e nunca serão apresentados de forma individual. Pretendem apenas caracterizar os participantes neste estudo, no seu conjunto. Todos os dados recolhidos serão codificados aquando da sua introdução na base de dados, garantindo desta forma o anonimato no seu armazenamento. **O código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminado cinco anos após o fim do estudo.**

O que irá acontecer com os resultados deste estudo?

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Eventualmente os resultados poderão ser publicados conferências/revistas da especialidade, mas nunca de forma individual.

Contactos

Investigadores:

Nomes: Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos

E-mail: backroad.pt@gmail.com

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

E-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt

(Eduardo Cruz - Responsável pelo Curso de Mestrado em Fisioterapia da ESS-IPS)

Muito obrigada por ler este documento,

Nome

Apêndice 2. Consentimento Informado para Participantes

Consentimento Informado para Participantes

Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde, Departamento de Fisioterapia

Formulário de Consentimento Informado

Este estudo está enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, e é realizado pelos discentes Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos e sob orientação científica da Professora Doutora Rita Fernandes e do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Declaro que li e compreendi a informação facultada na ficha informativa e que pude esclarecer todas as dúvidas com os investigadores.

Sei que a minha participação no estudo é completamente voluntária e que o seu objetivo é descrever o curso clínico da Dor Lombar Crónica (DLC) em resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia. Por um lado, pretende-se saber se a resposta ao tratamento é diferente considerando o tipo de dor predominante nos utentes (neuropática ou nociceptiva) e, por outro, perceber se uma melhoria clinicamente importante nas primeiras duas semanas de tratamento aumenta a probabilidade de obtenção de um resultado de sucesso a curto e médio-prazo.

Sei que fui selecionado(a) por ter Dor Lombar Crónica de origem não específica, e por preencher os critérios de inclusão necessários, nomeadamente, ter dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor; ter idade compreendida entre 18 e 65 anos; não ter realizado cirurgia à coluna lombar nos últimos 6 meses; não ter realizado Fisioterapia ou outro tratamento

conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com exceção de medicação para a dor, não estar grávida (mulheres) e saber ler e escrever Português Europeu.

Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos e estou consciente que terei 9 momentos de avaliação. A partir do início da primeira sessão de tratamento, ser-me-á pedido para responder a questionários de autopreenchimento semanalmente, até à oitava semana ou até ao momento da alta e, posteriormente, após 3 meses do início da Fisioterapia, através de contacto telefónico (contacto: _____).

Sei que não são esperadas quaisquer implicações negativas da minha participação no estudo. Compreendo igualmente que tenho o direito de colocar durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação, e sem que isso afete o meu tratamento futuro.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato, ou seja, a equipa de investigadores responsáveis pela análise dos dados não tem acesso à minha identificação.

Estou igualmente consciente que as minhas respostas serão apresentadas no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, mas nunca de forma individual.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Nome _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Investigador _____

Contactos

Investigadores: Inês Santos e Carlos Miguens

E-mail: backroad.pt@gmail.com

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

Telefone: 265709391

E-mail: eduardo.cruz@ess.ips.pt

(Eduardo Cruz - Responsável pelo Curso de Mestrado em Fisioterapia da ESS-IPS)

Apêndice 3. Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar
Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia**

Carlos Miguens; Diogo Pires; Rita Fernandes (2017-18)

MANUAL DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Protocolo para Recrutamento e Seleção da Amostra

O presente protocolo é uma ferramenta orientadora para os fisioterapeutas colaboradores do projeto **“Resposta Precoce ao Tratamento como Fator de Prognóstico para os Resultados de Sucesso da Fisioterapia Multimodal em Utentes com Lombalgia Crónica”**.

De forma a que o recrutamento dos utentes e, posteriormente, a seleção da amostra seja feita de forma adequada, este protocolo deve ser respeitado por todos os colaboradores de igual forma, seguindo os três passos seguintes:

1º PASSO – Identificar Potenciais Participantes

O protocolo de recrutamento aplica-se a todos os utentes referenciados para a Fisioterapia (ou que procuram a Fisioterapia por iniciativa própria – autorreferenciação), com diagnóstico de Dor Lombar ou outras classificações alternativas, como por exemplo, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International Classification of Diseases, 2010).

Este diagnóstico poderá ser efetuado em consulta por um médico fisiatra, de medicina geral, reumatologista ou ortopedista ou numa avaliação efetuada por um fisioterapeuta.

2º PASSO – Verificar os Critérios de Inclusão e Exclusão

Nos Critérios de Exclusão assume-se que a indicação para a Fisioterapia inclui a verificação de situações de contra-indicação e/ou situações com diagnóstico específico. Assim, assume-se que todos os utentes enviados para intervenção da Fisioterapia não possuem sintomas de compressão radicular¹, cauda equina, doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006). Assume-se, igualmente, que condições de dor lombar associadas a patologia específica, como infeção, tumor, osteoporose, fratura, deformidade estrutural e doença inflamatória (ex: espondilite anquilosante) estão devidamente indicadas no registo ou processo clínico, permitindo, dessa forma, a exclusão destes potenciais participantes.

Desta forma, deverá verificar apenas o cumprimento ou não dos seguintes Critérios de Inclusão:

¹ Note-se que existe uma diferenciação importante entre dor de origem específica (ex. síndrome de compressão radicular) e dor de origem não específica. Em ambos os casos pode existir dor referida para o membro inferior mas na dor lombar de origem não específica não existe deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011a). É considerada a presença de sintomas de compressão radicular (origem específica) quando se verifica a presença de pelo menos dois testes neurológicos positivos: reflexos, dermatomas (sensibilidade) ou miotomas (força) (Pinto et al., 2011b).

(Coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério):

Crítérios de Inclusão	Sim
Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor	
Ter idade compreendida entre 18 e 65 anos	
Não ter realizado cirurgia à coluna lombar nos últimos 6 meses	
Não ter realizado Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com exceção de medicação para a dor	
Não estar grávida (no caso das mulheres)	
Saber ler e escrever Português Europeu	

3º PASSO – Convidar o Utente a Participar no Estudo

Uma vez selecionados os possíveis participantes, estes deverão ser abordados pelo fisioterapeuta colaborador, para questionar se aceitam participar no estudo. Assim, ser-lhes-á fornecidas a Ficha Informativa para Participantes e o Formulário de Consentimento Informado. Previamente à sua assinatura, deverá ser explicado a cada participante o objetivo do estudo, os riscos e vantagens, bem como todos os procedimentos realizados. Todas as dúvidas ou questões que possam surgir deverão ser devidamente esclarecidas pelo fisioterapeuta colaborador.

Apêndice 4. Caderno de Instrumentos

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar
Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia**

Carlos Miguens; Diogo Pires; Rita Fernandes (2017-18)

CADERNO DE INSTRUMENTOS

AVALIAÇÃO INICIAL (T0)

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

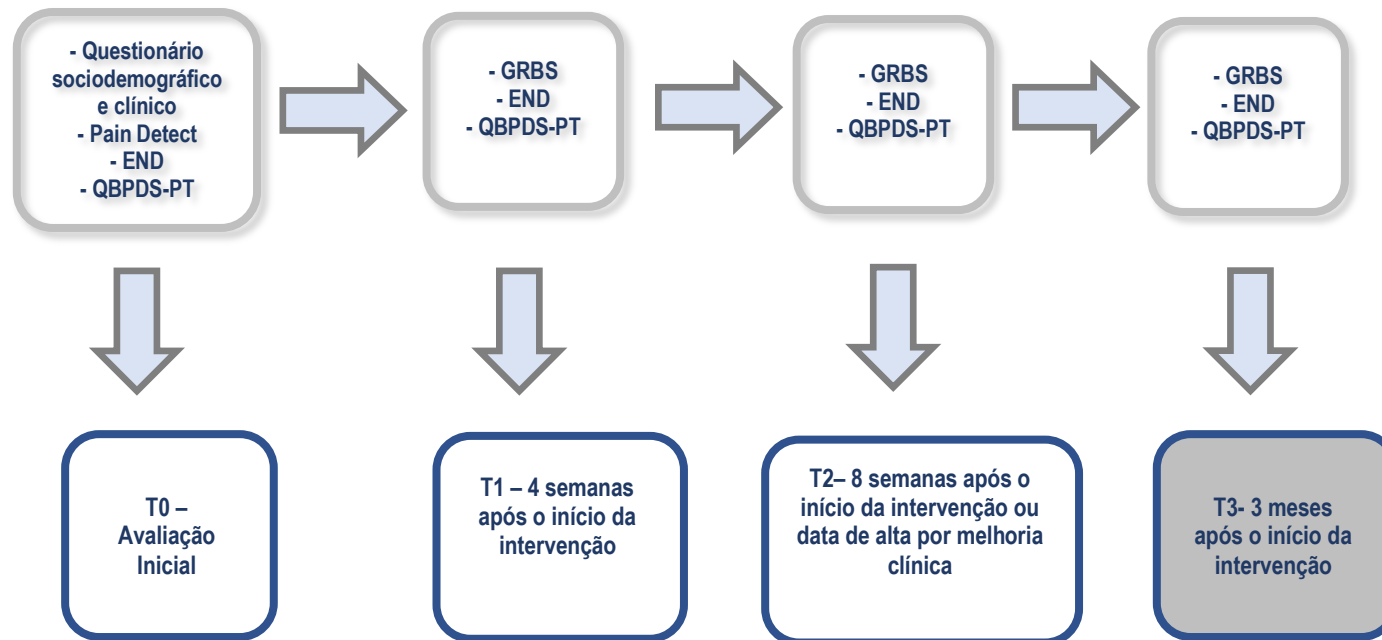
Este protocolo destina-se apenas aos participantes no estudo que:

- **Cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **Aceitaram participar no estudo e assinaram o Consentimento Informado.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO ____ T0____

AVALIAÇÃO INICIAL (T0)

**(Após a verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura do Consentimento Informado –
Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento)**

Tempo de Preenchimento previsto apenas num momento: 10 minutos.

Seguir a ordem indicada:

1. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica (Inclui Escala Numérica da Dor);
2. Pain Detect Questionnaire – Versão Portuguesa
3. *Quebec Back Pain Disability Scale* – Versão Portuguesa

Nome da Instituição: _____
Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo responsável do estudo): _____

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA
DOR LOMBAR CRÓNICA**

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário inferior ou ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário equivalente completo (12º ano de escolaridade) ou ☐ Ensino Superior completo ☐

7. Qual é sua situação profissional?

A trabalhar ☐ Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐ Doméstica(o) ☐

8. É Fumador? (escolha uma das seguintes opções)

Sim ☐ Ex-fumador ☐ Não ☐

DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

3-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 12-24 meses ☐ Mais de 24 meses ☐

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim ☐ Não ☐

11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?

Sim ☐ Não ☐

12. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?

Sim ☐ Não ☐

12.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ Mais de 3 vezes ☐

12.2. Durante quanto tempo (total de dias ou semanas que faltou no último ano)?

1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 1 semana ☐ Mais de 1 semana ☐

13. No último ano esteve de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc)?

Sim ☐ Não ☐

14. Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Dores de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Na última semana sentiu-se (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desamparado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Nos últimos 7 dias....

	Nada	Um pouco	Um tanto	Muito	Bastante
Quanto é que o seu problema afectou as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas atividades em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou a sua participação em atividades sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa

Discordo plenamente ☐ Discordo ☐ Concordo ☐ Concordo plenamente ☐

19. Sinto que as minhas costas estão cada vez piores e nunca vão melhorar.

Concordo ☐ Discordo ☐

20. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

EXPETATIVAS COM O TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA

21. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua dor lombar? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião)

1	2	3	4	5
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Desapareça

22. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a capacidade para realizar as suas atividades do dia-a-dia? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião).

1	2	3	4	5
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Completamente recuperada

Data: _____ Paciente: Apelido: _____ Nome: _____

Como avalia a sua dor **agora**, neste momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Qual a intensidade da dor **mais forte** que sentiu nas últimas 4 semanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Em média, qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausente máxima

Assinale a imagem que melhor descreve a evolução da sua dor:



Dor constante com ligeiras variações

☐


Dor constante com crises de dor

☐


Crises de dor sem dor nos intervalos

☐


Crises frequentes de dor com dor nos intervalos

☐

Por favor indique a principal zona de dor



A sua dor espalha-se a outras regiões do corpo?

sim ☐ não ☐

Se sim, indique a direcção para onde a dor se espalha.

Sofre de sensação de queimadura ou ardor (p. ex., como se tocasse em urtigas) nas zonas indicadas?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

Sente uma sensação de picada ou formigueiro na zona da dor (como formigas a caminhar ou uma vibração eléctrica)?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

Um toque superficial (com roupa, cobertor) nesta zona provoca dor?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

Tem crises repentinas de dor na zona afectada, como choques eléctricos?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

O frio ou o calor (como a água do banho) provoca-lhe dor ocasional nesta zona?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

Sofre de sensação de dormência nas zonas que indicou?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

Uma leve pressão nessa zona, por ex., com um dedo, desperta dor?

nenhuma ☐ insignificante ☐ ligeira ☐ moderada ☐ forte ☐ muito forte ☐

(A preencher pelo médico)

nenhuma

insignificante

ligeira

moderada

forte

muito forte

x 0 = 0

x 1 =

x 2 =

x 3 =

x 4 =

x 5 =

Pontuação total de 35 no máximo

Data: Paciente: Apelido: Nome:

Por favor introduza aqui a pontuação total obtida no questionário sobre dor:

Pontuação total

Por favor, adicione os valores seguintes de acordo com o padrão de evolução da dor assinalado e a irradiação da dor. Em seguida calcule a pontuação final:



Dor constante com ligeiras variações

0



Dor constante com crises de dor

-1

se assinalou esta opção ou



Crises de dor sem dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção ou



Crises frequentes de dor com dor nos intervalos

+1

se assinalou esta opção



Irradiação da dor?

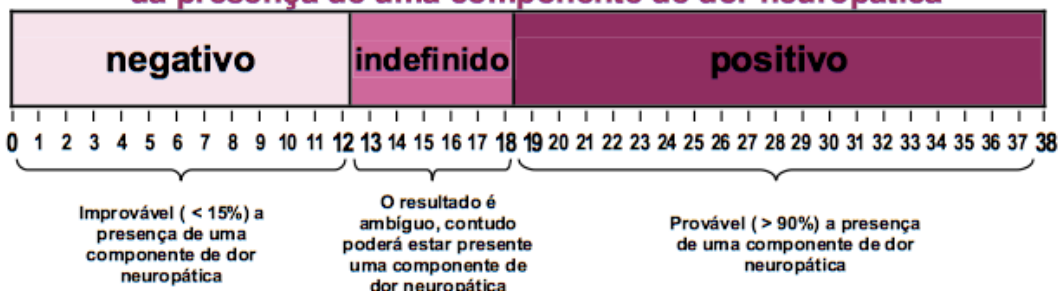
+2

se respondeu que sim

Pontuação final

Resultado do despiste

da presença de uma componente de dor neuropática



Esta ficha não substitui o diagnóstico médico.
Destina-se ao despiste da presença de uma componente de dor neuropática.



QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (**preencha todas as atividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias (<i>collants</i>)						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: _____

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar
Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia**

Carlos Miguens; Diogo Pires; Rita Fernandes (2017-18)

**CADERNO DE INSTRUMENTOS
AVALIAÇÕES SEGUINTE
(T1, T2 e T3)**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

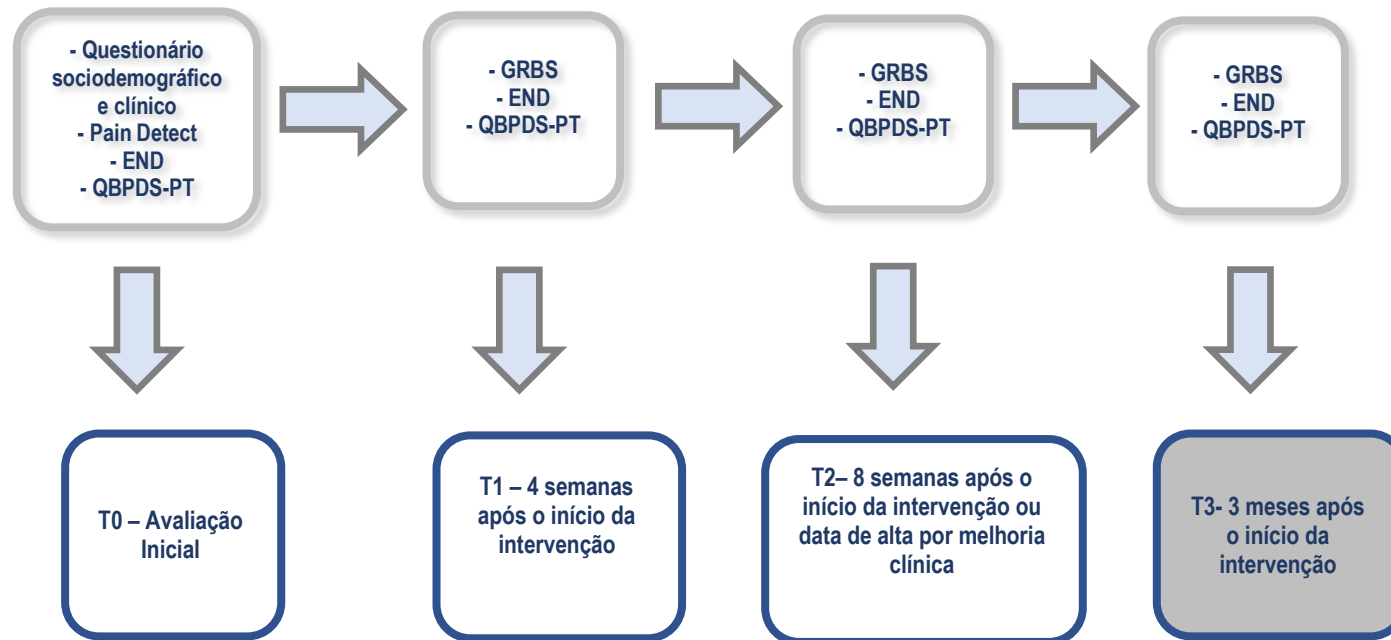
Este protocolo destina-se apenas aos participantes no estudo que:

- **Cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **Aceitaram participar no estudo e assinaram o Consentimento Informado.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



Durante o Tratamento (T1, T2 e T3)

Avaliações seguintes

(Sempre na 1ª sessão da semana seguinte ou no momento da alta)

Tempo de Preenchimento previsto: 7 minutos.

Seguir a ordem indicada:

1. *Global Back Recovery Scale* – Versão Portuguesa
2. Escala Numérica da Dor
3. *Quebec Back Pain Disability Scale* – Versão Portuguesa
4. *Global Back Pain Disability Scale* – Versão Portuguesa

CÓDIGO DO UTENTE: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO (T____)

Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa²

Comparativamente à **última sessão**, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Muito Pior					Na mesma		Completamente recuperado			

Escala Numérica da Dor

Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

² Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D., Freitas, P., e Cruz, E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de HUs et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855

QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (**preencha todas as atividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

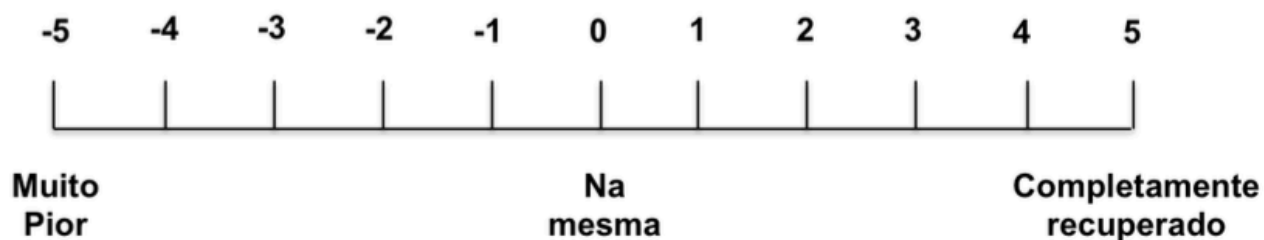
Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias (<i>collants</i>)						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: _____

Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa³

Comparativamente **ao início do tratamento** nesta instituição, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)



³ Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D., Freitas, P., e Cruz, E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de HUsh et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855

Apêndice 5. Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Influência dos Mecanismos de Produção de Dor Subjacentes à Dor Lombar Crónica, na Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia

Carlos Miguens; Diogo Pires; Rita Fernandes (2017-18)

Folha de Registo dos Procedimentos/Modalidades Terapêuticas

Caro colega, por favor, responda às questões abaixo colocadas, e especifique a intervenção realizada ao utente, preenchendo os espaços de acordo com tal.

1. Quem referenciou o utente para a Fisioterapia?

Fisiatra	<input type="checkbox"/>	Nerologista/Neurocirurgião	<input type="checkbox"/>	Reumatologista	<input type="checkbox"/>
Ortopedista	<input type="checkbox"/>	Médico de Clínica Geral	<input type="checkbox"/>	Autorreferenciação	<input type="checkbox"/>
Outra situação	<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>		

2. Qual o subsistema do utente?

SNS	<input type="checkbox"/>	ADSE	<input type="checkbox"/>	IASFA	<input type="checkbox"/>	Seguros	<input type="checkbox"/>
SAMS	<input type="checkbox"/>	Sem subsistema (privado)	<input type="checkbox"/>	CGD	<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>						

Qual? _____

3. Qual a data do início da intervenção? _____

4. Qual a data da alta? _____ Utente mantém tratamento ☐

5. Qual o motivo da alta:

Utente abandonou tratamento	<input type="checkbox"/>	Final de tratamento definido	<input type="checkbox"/>	Final das sessões prescritas	<input type="checkbox"/>
Pioras clínicas	<input type="checkbox"/>	Necessidade de Exames Complementares	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Melhoria Clínica	<input type="checkbox"/>			Qual?	_____

Modalidades/procedimentos utilizados. Preencha com uma cruz as modalidades realizadas em cada semana de tratamento.

Modalidades Terapêuticas	1ª semana					2ª semana					3ª semana					4ª semana					5ª semana					6ª semana					7ª semana					8ª semana					
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	
1. Educação/ Informação/ Aconselhamento																																									
2.Exercícios Terapêuticos																																									
3.Aplicação, prescrição, confeção de dispositivos																																									
4.Eletroterapia																																									
5.Terapia Manual																																									
6.Agentes Físicos e Modalidades Mecânicas																																									
7.Treino de retorno à atividade profissional																																									
8.Outros procedimentos não farmacológicos																																									
Nº total de sessões																																									
Nº total de sessões realizadas até à data da alta do utente																																									

A preencher pelo Investigador

GLOSSÁRIO

Tipologia de Intervenção

A tipologia de intervenção pretende identificar e categorizar as modalidades/procedimentos utilizados pelos fisioterapeutas colaboradores nas diferentes sessões de tratamento. Optou-se por uma taxonomia de categorias genéricas dada a natureza multimodal da intervenção em Fisioterapia e a impossibilidade de agrupar a grande variabilidade de procedimentos utilizados (Gil et al., 2007; Moniz et al., 2012).

Para efeitos de preenchimento da folha de registo, o Fisioterapeuta deve:

1. Registrar as modalidades/procedimentos efetuados de acordo com o dia e a semana respetiva;
2. Pequenas variações na natureza ou tipo de procedimento/modalidade não devem ser registadas.

Os diferentes procedimentos terapêuticos são agrupados nas categorias seguintes:

Educação/Informação/Aconselhamento

Inclui aconselhamento individual ou em grupo, orientado por profissionais, a respeito de atividade, exercício e/ou causas de dor na coluna lombar, com recurso a sessões educativas formais e material de apoio educacional escrito. Pode incluir terapia cognitivo comportamental e auto tratamento, educação para o exercício autónomo, “back school”.

Exercícios Terapêuticos

Inclui exercícios supervisionados realizados individualmente ou em grupo, realizados quer em meio terrestres como aquático. Pode incluir: atividade aeróbia, instrução do movimento, fortalecimento muscular, controlo postural, alongamento, resistência, treino de atividades de vida diária, equilíbrio, biofeedback/EMG, treino de mecanismos corporais, exercícios em cadeia fechada, reintegração comunitária, técnicas crânio-sacrais, conservação de energia, treino funcional, treino de marcha, exercícios para casa, auto tratamento, reeducação da coordenação, mobilidade articular, método McKenzie, exercícios MET (equivalente metabólico), energia muscular, modulação da dor, exercícios do pavimento pélvico, exercícios de consciencialização corporal, exercícios pliométricos, exercícios posturais, exercícios proprioceptivos, treino prótico, técnicas de relaxamento, corrida/exercícios de agilidade, reeducação sensorial, estabilização, exercícios com a bola suíça, atividade terapêutica, treino de vídeo-feedback, reeducação visual-motora, PNF (facilitação neuromuscular proprioceptiva), exercícios de transferência, exercício na passeadeira e/ou outros tipos de exercício.

Aplicação, prescrição, confeção de dispositivos

Aplicação de gesso, ortóteses dinâmicas, ortóteses, talas, modificação prótica, “taping” terapêutico, ajudas técnicas no domicílio/cadeira de rodas. Outros tipos...

Eletroterapia

Inclui modalidades eletroterapêuticas para a aplicação de iontoforese, estimulação elétrica, modalidades eletroterapêuticas para controlo do edema, modalidades eletroterapêuticas para controlo da dor, TENS motor, estimulação elétrica por ondas-curtas, estimulação elétrica/reeducação, estimulação elétrica/fortalecimento.

Terapia Manual

Inclui mobilização vertebral, massagem, manipulação (alta velocidade), mobilização dos tecidos moles, massagem de fricção, técnicas miofasciais, massagem transversal profunda, técnicas de relaxamento, técnicas de desliza/tensão neural, contrair-relaxar.

Agentes Físicos e Modalidades Mecânicas

Inclui correntes interferenciais, laser, TENS (dor), ultrassom, diatermia, calor, calor húmido, parafina, Cryo Cuff/compressão, gelo/crioterapia; fonoforese, banho de contraste, hidromassagem, energia térmica. Inclui suportes lombares, tração, tração mecânica lombar, CPM (continuous passive motion), pressoterapia e/ou outros agentes.

Treino de Retorno à Atividade Profissional

Simulação da atividade profissional, tarefas do trabalho mais difíceis. Outros tipos de treino.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice 6. *Output* do SPSS relativo à Caracterização

Sociodemográfica e Clínica

- Amostra Total (N=40)

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	27	67,5	67,5	67,5
	Masculino	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Estado_Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	11	27,5	27,5	27,5
	Casado	21	52,5	52,5	80,0
	União de Facto	5	12,5	12,5	92,5
	Viúvo	1	2,5	2,5	95,0
	Divorciado	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Habilitações_Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário ou Inferior	4	10,0	10,0	10,0
	Ensino Básico Completo	8	20,0	20,0	30,0
	Ensino Secundário ou equivalente completo	18	45,0	45,0	75,0
	Ensino Superior Completo	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Situação_Profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	27	67,5	67,5	67,5
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	2	5,0	5,0	72,5
	Desempregada (o)	4	10,0	10,0	82,5
	Reformada (o)	6	15,0	15,0	97,5
	Doméstica (o)	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Fumador			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	17,5	17,5	17,5
	Não	22	55,0	55,0	72,5
	Ex-Fumador	11	27,5	27,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Duração_Dor_Lombar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-6 meses	4	10,0	10,0	10,0
	6-12 meses	8	20,0	20,0	30,0
	12-24 meses	6	15,0	15,0	45,0
	Mais de 24	22	55,0	55,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Dor_Irradiada_MI			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	62,5	62,5	62,5
	Não	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Medicação_Dor_Lombar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	50,0	50,0	50,0
	Não	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Faltas_Trabalho			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	47,5	47,5	47,5
	Não	21	52,5	52,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Quantas_vezes			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 vez	6	15,0	31,6	31,6
	2 vezes	3	7,5	15,8	47,4
	3 vezes	2	5,0	10,5	57,9
	Mais que 3 vezes	8	20,0	42,1	100,0
	Total	19	47,5	100,0	
Missing	System	21	52,5		
Total		40	100,0		

		Duração_faltas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dia	1	2,5	5,3	5,3
	2 dias	2	5,0	10,5	15,8
	3 dias	5	12,5	26,3	42,1
	Mais de uma semana	11	27,5	57,9	100,0
	Total	19	47,5	100,0	
Missing	System	21	52,5		
Total		40	100,0		

		Baixa_Remunerada			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	35,0	35,0	35,0
	Não	26	65,0	65,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Dores_Estômago			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	23	57,5	57,5	57,5
	Algumas Vezes	15	37,5	37,5	95,0
	Muitas Vezes	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Dores_braços_pernas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	9	22,5	22,5	22,5
	Algumas Vezes	16	40,0	40,0	62,5
	Muitas Vezes	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Dores_cabeça			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	14	35,0	35,0	35,0
	Algumas Vezes	23	57,5	57,5	92,5
	Muitas Vezes	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Dor_Difusa			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	17	42,5	42,5	42,5
	Algumas Vezes	20	50,0	50,0	92,5
	Muitas Vezes	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Inútil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	17	42,5	42,5	42,5
	Raramente	14	35,0	35,0	77,5
	Às vezes	7	17,5	17,5	95,0
	Frequentemente	1	2,5	2,5	97,5
	Sempre	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Desamparado			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	23	57,5	57,5	57,5
	Raramente	10	25,0	25,0	82,5
	Às vezes	6	15,0	15,0	97,5
	Sempre	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Depressivo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	17	42,5	42,5	42,5
	Raramente	8	20,0	20,0	62,5
	Às vezes	12	30,0	30,0	92,5
	Frequentemente	2	5,0	5,0	97,5
	Sempre	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Sem_esperança			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	20	50,0	50,0	50,0
	Raramente	13	32,5	32,5	82,5
	Às vezes	5	12,5	12,5	95,0
	Frequentemente	1	2,5	2,5	97,5
	Sempre	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Sono_Reparador			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	5,0	5,0	5,0
	Raramente	15	37,5	37,5	42,5
	Às vezes	14	35,0	35,0	77,5
	Frequentemente	5	12,5	12,5	90,0
	Sempre	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Problemas_adormecer			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	10,0	10,0	10,0
	Raramente	5	12,5	12,5	22,5
	Às vezes	15	37,5	37,5	60,0
	Frequentemente	14	35,0	35,0	95,0
	Sempre	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Acordar_durante_noite			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	12,5	12,5	12,5
	Raramente	3	7,5	7,5	20,0
	Às vezes	15	37,5	37,5	57,5
	Frequentemente	15	37,5	37,5	95,0
	Sempre	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Influência_AVDs			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	12	30,0	30,0	30,0
	Um tanto	12	30,0	30,0	60,0
	Muito	11	27,5	27,5	87,5
	Bastante	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Influência_atividades_casa			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	2	5,0	5,0	5,0
	Um pouco	9	22,5	22,5	27,5
	Um tanto	13	32,5	32,5	60,0
	Muito	10	25,0	25,0	85,0
	Bastante	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

		Influência_atividades_sociais			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	4	10,0	10,0	10,0
	Um pouco	13	32,5	32,5	42,5
	Um tanto	10	25,0	25,0	67,5
	Muito	7	17,5	17,5	85,0
	Bastante	5	12,5	12,5	97,5
	33	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Influência_atividades_domésticas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	1	2,5	2,5	2,5
	Um pouco	9	22,5	22,5	25,0
	Um tanto	14	35,0	35,0	60,0
	Muito	8	20,0	20,0	80,0
	Bastante	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Questão_medo_movimento					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	9	22,5	22,5	22,5
	Discordo	20	50,0	50,0	72,5
	Concordo	10	25,0	25,0	97,5
	Concordo Plenamente	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Questão_catastrofização					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	14	35,0	35,0	35,0
	Discordo	26	65,0	65,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	40	23	65	47,40	11,489
Peso	40	44,0	94,0	70,738	11,4001
Altura	40	149,0	180,0	164,850	8,0146
Intensidade_Dor_T0	40	3	9	6,40	1,549
QBPDS_T0	40	14	77	39,85	17,186
Valid N (listwise)	40				

- **Subgrupo de Dor Nociceptiva (N=26)**

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	15	57,7	57,7	57,7
	Masculino	11	42,3	42,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Estado_Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	9	34,6	34,6	34,6
	Casado	15	57,7	57,7	92,3
	Viúvo	1	3,8	3,8	96,2
	Divorciado	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Habilitações_Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário ou Inferior	2	7,7	7,7	7,7
	Ensino Básico Completo	4	15,4	15,4	23,1
	Ensino Secundário ou equivalente completo	12	46,2	46,2	69,2
	Ensino Superior Completo	8	30,8	30,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Situação_Profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	20	76,9	76,9	76,9
	Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	2	7,7	7,7	84,6
	Desempregada (o)	1	3,8	3,8	88,5
	Reformada (o)	2	7,7	7,7	96,2
	Doméstica (o)	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Fumador			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Sim	5	19,2	19,2	19,2
	Não	13	50,0	50,0	69,2
	Ex-Fumador	8	30,8	30,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Duração_Dor_Lombar			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	3-6 meses	3	11,5	11,5	11,5
	6-12 meses	8	30,8	30,8	42,3
	12-24 meses	4	15,4	15,4	57,7
	Mais de 24	11	42,3	42,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Dor_Irradiada_MI			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Sim	12	46,2	46,2	46,2
	Não	14	53,8	53,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Medicação_Dor_Lombar			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Sim	11	42,3	42,3	42,3
	Não	15	57,7	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Faltas_Trabalho			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Sim	11	42,3	42,3	42,3
	Não	15	57,7	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Quantas_vezes			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 vez	4	15,4	36,4	36,4
	2 vezes	1	3,8	9,1	45,5
	3 vezes	2	7,7	18,2	63,6
	Mais que 3 vezes	4	15,4	36,4	100,0
	Total	11	42,3	100,0	
Missing	System	15	57,7		
Total		26	100,0		

		Duração_faltas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dia	1	3,8	9,1	9,1
	2 dias	2	7,7	18,2	27,3
	3 dias	4	15,4	36,4	63,6
	Mais de uma semana	4	15,4	36,4	100,0
	Total	11	42,3	100,0	
Missing	System	15	57,7		
Total		26	100,0		

		Baixa_Remunerada			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	26,9	26,9	26,9
	Não	19	73,1	73,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Dores_Estômago			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	20	76,9	76,9	76,9
	Algumas Vezes	6	23,1	23,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Dores_braços_pernas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	9	34,6	34,6	34,6
	Algumas Vezes	10	38,5	38,5	73,1
	Muitas Vezes	7	26,9	26,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Dores_cabeça					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	13	50,0	50,0	50,0
	Algumas Vezes	11	42,3	42,3	92,3
	Muitas Vezes	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Dor_Difusa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	14	53,8	53,8	53,8
	Algumas Vezes	11	42,3	42,3	96,2
	Muitas Vezes	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Inútil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	15	57,7	57,7	57,7
	Raramente	8	30,8	30,8	88,5
	Às vezes	3	11,5	11,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Desamparado					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	16	61,5	61,5	61,5
	Raramente	7	26,9	26,9	88,5
	Às vezes	3	11,5	11,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Depressivo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	13	50,0	50,0	50,0
	Raramente	7	26,9	26,9	76,9
	Às vezes	6	23,1	23,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Sem_esperança			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	16	61,5	61,5	61,5
	Raramente	8	30,8	30,8	92,3
	Às vezes	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Sono_Reparador			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	7,7	7,7	7,7
	Raramente	7	26,9	26,9	34,6
	Às vezes	9	34,6	34,6	69,2
	Frequentemente	4	15,4	15,4	84,6
	Sempre	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

		Problemas_adormecer			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	15,4	15,4	15,4
	Raramente	5	19,2	19,2	34,6
	Às vezes	8	30,8	30,8	65,4
	Frequentemente	8	30,8	30,8	96,2
	Sempre	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Acordar_durante_noite					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	19,2	19,2	19,2
	Raramente	3	11,5	11,5	30,8
	Às vezes	10	38,5	38,5	69,2
	Frequentemente	7	26,9	26,9	96,2
	Sempre	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Influência_AVDs					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	10	38,5	38,5	38,5
	Um tanto	6	23,1	23,1	61,5
	Muito	6	23,1	23,1	84,6
	Bastante	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Influência_atividades_casa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	2	7,7	7,7	7,7
	Um pouco	6	23,1	23,1	30,8
	Um tanto	7	26,9	26,9	57,7
	Muito	7	26,9	26,9	84,6
	Bastante	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Influência_atividades_sociais					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	3	11,5	11,5	11,5
	Um pouco	6	23,1	23,1	34,6
	Um tanto	8	30,8	30,8	65,4
	Muito	6	23,1	23,1	88,5
	Bastante	2	7,7	7,7	96,2

33	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Influência_atividades_domésticas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	1	3,8	3,8	3,8
	Um pouco	5	19,2	19,2	23,1
	Um tanto	8	30,8	30,8	53,8
	Muito	7	26,9	26,9	80,8
	Bastante	5	19,2	19,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Questão_medo_movimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	5	19,2	19,2	19,2
	Discordo	13	50,0	50,0	69,2
	Concordo	8	30,8	30,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Questão_catastrofização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	8	30,8	30,8	30,8
	Discordo	18	69,2	69,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	26	23	65	45,77	12,307
Peso	26	51,0	94,0	70,212	10,2822
Altura	26	152,0	180,0	166,346	7,6939
Intensidade_Dor_T0	26	3	9	6,38	1,791
QBPDS_T0	26	14	77	39,81	18,450
Valid N (listwise)	26				

- **Subgrupo de Dor Mista (N=8)**

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	6	75,0	75,0	75,0
	Masculino	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Estado_Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	1	12,5	12,5	12,5
	Casado	5	62,5	62,5	75,0
	União de Facto	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Habilitações_Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário ou Inferior	2	25,0	25,0	25,0
	Ensino Básico Completo	2	25,0	25,0	50,0
	Ensino Secundário ou equivalente completo	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Situação_Profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	3	37,5	37,5	37,5
	Desempregada (o)	1	12,5	12,5	50,0
	Reformada (o)	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Fumador			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	25,0	25,0	25,0
	Não	5	62,5	62,5	87,5
	Ex-Fumador	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Duração_Dor_Lombar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12-24 meses	1	12,5	12,5	12,5
	Mais de 24	7	87,5	87,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Dor_Irradiada_MI			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	87,5	87,5	87,5
	Não	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Medicação_Dor_Lombar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	50,0	50,0	50,0
	Não	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Faltas_Trabalho			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	37,5	37,5	37,5
	Não	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Quantas_vezes			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 vezes	1	12,5	33,3	33,3
	Mais que 3 vezes	2	25,0	66,7	100,0
	Total	3	37,5	100,0	
Missing	System	5	62,5		
Total		8	100,0		

		Duração_faltas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mais de uma semana	3	37,5	100,0	100,0
Missing	System	5	62,5		
Total		8	100,0		

		Baixa_Remunerada			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	25,0	25,0	25,0
	Não	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Dores_Estômago			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas Vezes	5	62,5	62,5	87,5
	Muitas Vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Dores_braços_pernas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algumas Vezes	4	50,0	50,0	50,0
	Muitas Vezes	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Dores_cabeça					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algumas Vezes	7	87,5	87,5	87,5
	Muitas Vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Dor_Difusa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas Vezes	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Inútil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Raramente	5	62,5	62,5	87,5
	Às vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Desamparado					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Raramente	2	25,0	25,0	87,5
	Às vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Depressivo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Às vezes	5	62,5	62,5	87,5
	Frequentemente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Sem_esperança			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	50,0	50,0	50,0
	Raramente	3	37,5	37,5	87,5
	Às vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Sono_Reparador			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	3	37,5	37,5	37,5
	Às vezes	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Problemas_adormecer			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	6	75,0	75,0	75,0
	Frequentemente	1	12,5	12,5	87,5
	Sempre	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Acordar_durante_noite			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	4	50,0	50,0	50,0
	Frequentemente	3	37,5	37,5	87,5
	Sempre	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

		Influência_AVDs			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	2	25,0	25,0	25,0
	Um tanto	4	50,0	50,0	75,0
	Muito	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Influência_atividades_casa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	3	37,5	37,5	37,5
	Um tanto	4	50,0	50,0	87,5
	Muito	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Influência_atividades_sociais					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	1	12,5	12,5	12,5
	Um pouco	6	75,0	75,0	87,5
	Um tanto	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Influência_atividades_domésticas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	4	50,0	50,0	50,0
	Um tanto	3	37,5	37,5	87,5
	Bastante	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Questão_medo_movimento					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Plenamente	4	50,0	50,0	50,0
	Discordo	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Questão_catastrofização					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	1	12,5	12,5	12,5
	Discordo	7	87,5	87,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Expectativas_dor_lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	1	12,5	12,5	12,5
	Esteja melhor	6	75,0	75,0	87,5
	Desapareça	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Expectativas_AVDs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja ligeiramente melhor	1	12,5	12,5	12,5
	Esteja melhor	6	75,0	75,0	87,5
	Desapareça	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	8	44	64	56,00	6,164
Peso	8	44,0	94,0	69,500	14,9571
Altura	8	149,0	176,0	160,875	9,3570
Intensidade_Dor_T0	8	5	8	6,00	,926
QBPDS_T0	8	17	55	32,88	12,778
Valid N (listwise)	8				

- Subgrupo de Dor Neuropática (N=6)

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	6	100,0	100,0	100,0

Estado_Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	1	16,7	16,7	16,7
	Casado	1	16,7	16,7	33,3

	União de Facto	3	50,0	50,0	83,3
	Divorciado	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Habilitações_Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Básico Completo	2	33,3	33,3	33,3
	Ensino Secundário ou equivalente completo	2	33,3	33,3	66,7
	Ensino Superior Completo	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Situação_Profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A trabalhar	4	66,7	66,7	66,7
	Desempregada (o)	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Fumador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	4	66,7	66,7	66,7
	Ex-Fumador	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Duração_Dor_Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-6 meses	1	16,7	16,7	16,7
	12-24 meses	1	16,7	16,7	33,3
	Mais de 24	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Dor_Irradiada_MI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	100,0	100,0	100,0

Medicação_Dor_Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	83,3	83,3	83,3
	Não	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Faltas_Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	83,3	83,3	83,3
	Não	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Quantas_vezes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 vez	2	33,3	40,0	40,0
	2 vezes	1	16,7	20,0	60,0
	Mais que 3 vezes	2	33,3	40,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	System	1	16,7		
Total		6	100,0		

Duração_faltas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 dias	1	16,7	20,0	20,0
	Mais de uma semana	4	66,7	80,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	System	1	16,7		
Total		6	100,0		

Baixa_Remunerada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	83,3	83,3	83,3
	Não	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

		Dores_ Estômago			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	16,7	16,7	16,7
	Algumas Vezes	4	66,7	66,7	83,3
	Muitas Vezes	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

		Dores_braços_pernas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algumas Vezes	2	33,3	33,3	33,3
	Muitas Vezes	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

		Dores_cabeça			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	16,7	16,7	16,7
	Algumas Vezes	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

		Dor_Difusa			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	1	16,7	16,7	16,7
	Algumas Vezes	3	50,0	50,0	66,7
	Muitas Vezes	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

		Inútil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	1	16,7	16,7	16,7
	Às vezes	3	50,0	50,0	66,7
	Frequentemente	1	16,7	16,7	83,3
	Sempre	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Desamparado					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	33,3	33,3	33,3
	Raramente	1	16,7	16,7	50,0
	Às vezes	2	33,3	33,3	83,3
	Sempre	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Depressivo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	2	33,3	33,3	33,3
	Raramente	1	16,7	16,7	50,0
	Às vezes	1	16,7	16,7	66,7
	Frequentemente	1	16,7	16,7	83,3
	Sempre	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Sem_esperança					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	2	33,3	33,3	33,3
	Às vezes	2	33,3	33,3	66,7
	Frequentemente	1	16,7	16,7	83,3
	Sempre	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Sono_Reparador					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Raramente	5	83,3	83,3	83,3
	Frequentemente	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Problemas_adormecer					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	1	16,7	16,7	16,7
	Frequentemente	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Acordar_durante_noite					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às vezes	1	16,7	16,7	16,7
	Frequentemente	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Influência_AVDs					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um tanto	2	33,3	33,3	33,3
	Muito	3	50,0	50,0	83,3
	Bastante	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Influência_atividades_casa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um tanto	2	33,3	33,3	33,3
	Muito	2	33,3	33,3	66,7
	Bastante	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Influência_atividades_sociais					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um pouco	1	16,7	16,7	16,7
	Um tanto	1	16,7	16,7	33,3
	Muito	1	16,7	16,7	50,0
	Bastante	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Influência_atividades_domésticas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um tanto	3	50,0	50,0	50,0
	Muito	1	16,7	16,7	66,7
	Bastante	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Questão_medo_movimento					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	50,0	50,0	50,0
	Concordo	2	33,3	33,3	83,3
	Concordo Plenamente	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Questão_catastrofização					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	5	83,3	83,3	83,3
	Discordo	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Expectativas_dor_lombar					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja melhor	5	83,3	83,3	83,3
	Desapareça	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Expectativas_AVDs					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esteja melhor	6	100,0	100,0	100,0

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	6	31	55	43,00	7,975
Peso	6	62,0	92,0	74,667	12,2257
Altura	6	153,0	173,0	163,667	6,6232
Intensidade_Dor_T0	6	6	8	7,00	,894
QBPDS_T0	6	29	65	49,33	13,692
Valid N (listwise)	6				

Apêndice 7. *Output* do SPSS relativo à Normalidade das Variáveis em Estudo

Tests of Normality							
	Subgrupos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Intensidade_Dor_T0	Nocicetivo	,219	18	,022	,920	18	,131
	Misto	,357	7	,007	,787	7	,030
	Neuropático	,241	5	,200*	,821	5	,119
Intensidade_Dor_T4	Nocicetivo	,206	18	,042	,942	18	,316
	Misto	,332	7	,019	,869	7	,183
	Neuropático	,300	5	,161	,833	5	,146
Intensidade_Dor_Final_Intervenção	Nocicetivo	,232	18	,011	,891	18	,040
	Misto	,382	7	,003	,749	7	,012
	Neuropático	,254	5	,200*	,914	5	,492
Intensidade_Dor_T8	Nocicetivo	,197	18	,062	,921	18	,132
	Misto	,267	7	,141	,915	7	,429
	Neuropático	,300	5	,161	,921	5	,537
QBPDS_T0	Nocicetivo	,121	18	,200*	,956	18	,533
	Misto	,180	7	,200*	,965	7	,858
	Neuropático	,274	5	,200*	,904	5	,431
QBPDS_T4	Nocicetivo	,169	18	,189	,910	18	,084
	Misto	,344	7	,012	,774	7	,023
	Neuropático	,181	5	,200*	,967	5	,853
QBPDS_Final_Intervenção	Nocicetivo	,164	18	,200*	,870	18	,018
	Misto	,197	7	,200*	,869	7	,184
	Neuropático	,240	5	,200*	,925	5	,563
QBPDS_T8	Nocicetivo	,184	18	,111	,880	18	,027
	Misto	,249	7	,200*	,860	7	,152
	Neuropático	,279	5	,200*	,939	5	,656
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Apêndice 8. *Output* do SPSS relativo às Comparações das Variáveis
Inter-Grupos e Intra-grupo

- Nonparametrics Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Intensidade_Dor_T0 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,373	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Intensidade_Dor_T4 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,331	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Intensidade_Dor_Final_Intervenção is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,811	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Intensidade_Dor_T8 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,951	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of QBPDS_T0 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,159	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of QBPDS_T4 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,418	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of QBPDS_Final_Intervenção is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,164	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of QBPDS_T8 is the same across categories of Subgrupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,508	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GBRS_T4 * Subgrupos	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
GBRS_Final_Intervenção * Subgrupos	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
GBRS_T8 * Subgrupos	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

GBRS_T4 * Subgrupos

Crosstab

Count

		Subgrupos			Total
		Nocetivo	Misto	Neuropático	
GBRS_T4	0	1	0	0	1

	1	1	0	1	2
	2	6	5	3	14
	3	9	3	1	13
	4	7	0	1	8
Total		24	8	6	38

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	8,297 ^a	8	,405
Likelihood Ratio	10,083	8	,259
Linear-by-Linear Association	1,891	1	,169
N of Valid Cases	38		

a. 12 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

GBRS_Final_Intervenção * Subgrupos

Crosstab

Count

		Subgrupos			Total
		Nocicetivo	Misto	Neuropático	
GBRS_Final_Intervenção	1	1	0	0	1
	2	3	2	1	6
	3	6	2	2	10
	4	12	4	3	19
	5	3	0	0	3
Total		25	8	6	39

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	3,087 ^a	8	,929
Likelihood Ratio	4,331	8	,826
Linear-by-Linear Association	,384	1	,535
N of Valid Cases	39		

a. 13 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

GBRS_T8 * Subgrupos

Crosstab

Count

		Subgrupos			Total
		Nocicetivo	Misto	Neuropático	
GBRS_T8	0	1	0	0	1
	1	3	1	0	4
	2	1	0	1	2
	3	6	4	2	12
	4	7	2	1	10
	5	1	0	1	2
Total		19	7	5	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,494 ^a	10	,772
Likelihood Ratio	7,327	10	,694
Linear-by-Linear Association	,450	1	,503
N of Valid Cases	31		

a. 16 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

- Comparação das variáveis intra-grupo (subgrupo nociceptivo)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of QBPDS_T0, QBPDS_T4, QBPDS_Final_Intervenção and QBPDS_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of Intensidade_Dor_T0, Intensidade_Dor_T4, Intensidade_Dor_Final_Intervenção and Intensidade_Dor_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Cochran Test

Frequencies

	Value	
	1	2
GBRS_Sucesso_T1_4Sem anas	12	6
GBRS_Sucesso_T2_Final_i ntervenção	14	4
GBRS_Sucesso_T3_3Mes es	14	4

Test Statistics

N	18
Cochran's Q	2,000 ^a
df	2
Asymp. Sig.	,368

a. 1 is treated as a success.

- Comparação das variáveis intra-grupo (subgrupo misto)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of QBPDS_T0, QBPDS_T4, QBPDS_Final_Intervenção and QBPDS_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,062	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of Intensidade_Dor_T0, Intensidade_Dor_T4, Intensidade_Dor_Final_Intervenção and Intensidade_Dor_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Cochran Test

Frequencies

	Value	
	1	2
GBRS_Sucesso_T1_4Sem anas	3	5
GBRS_Sucesso_T2_Final_i ntervenção	6	2
GBRS_Sucesso_T3_3Mes es	6	2

Test Statistics

N	8
Cochran's Q	3,600 ^a
df	2
Asymp. Sig.	,165

a. 2 is treated as a success.

- Comparação das variáveis intra-grupo (subgrupo neuropático)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of QBPDS_T0, QBPDS_T4, QBPDS_Final_Intervenção and QBPDS_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,016	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distributions of Intensidade_Dor_T0, Intensidade_Dor_T4, Intensidade_Dor_Final_Intervenção and Intensidade_Dor_T8 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks	,012	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Cochran Test

Frequencies

	Value	
	1	2
GBRS_Sucesso_T1_4Sem anas	2	3
GBRS_Sucesso_T2_Final_i ntervenção	4	1
GBRS_Sucesso_T3_3Mes es	4	1

Test Statistics

N	5
Cochran's Q	4,000 ^a
df	2
Asymp. Sig.	,135

a. 2 is treated as a success.

10. ANEXOS

Anexo 1. Autorização da Comissão de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Setúbal



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº 18/ALR/2017

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer à Comissão Especializada de Ética para Investigação da ESS-IPS, por Carlos Miguel Cristóvão Miguens e Inês Charrua Pires dos Santos, estudantes do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. O estudo intitula-se "Curso Clínico da Dor Lombar Crónica em Resposta ao Tratamento Multimodal de Fisioterapia", cujo objetivo é descrever o curso clínico da DLCNE em resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia, ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e perceção global de melhoria, em indivíduos com Dor Lombar Crónica Não-Específica. Tem como orientadores a Professora Doutora Rita Fernandes e o Professor Doutor Eduardo Cruz.

PARECER

Considerando as recomendações efetuadas no primeiro parecer emitido pela CEEI, bem como as do segundo parecer, na segunda ressubmissão emite-se parecer favorável.

Setúbal, 23 dezembro 2017

P'la CEEI-ESS